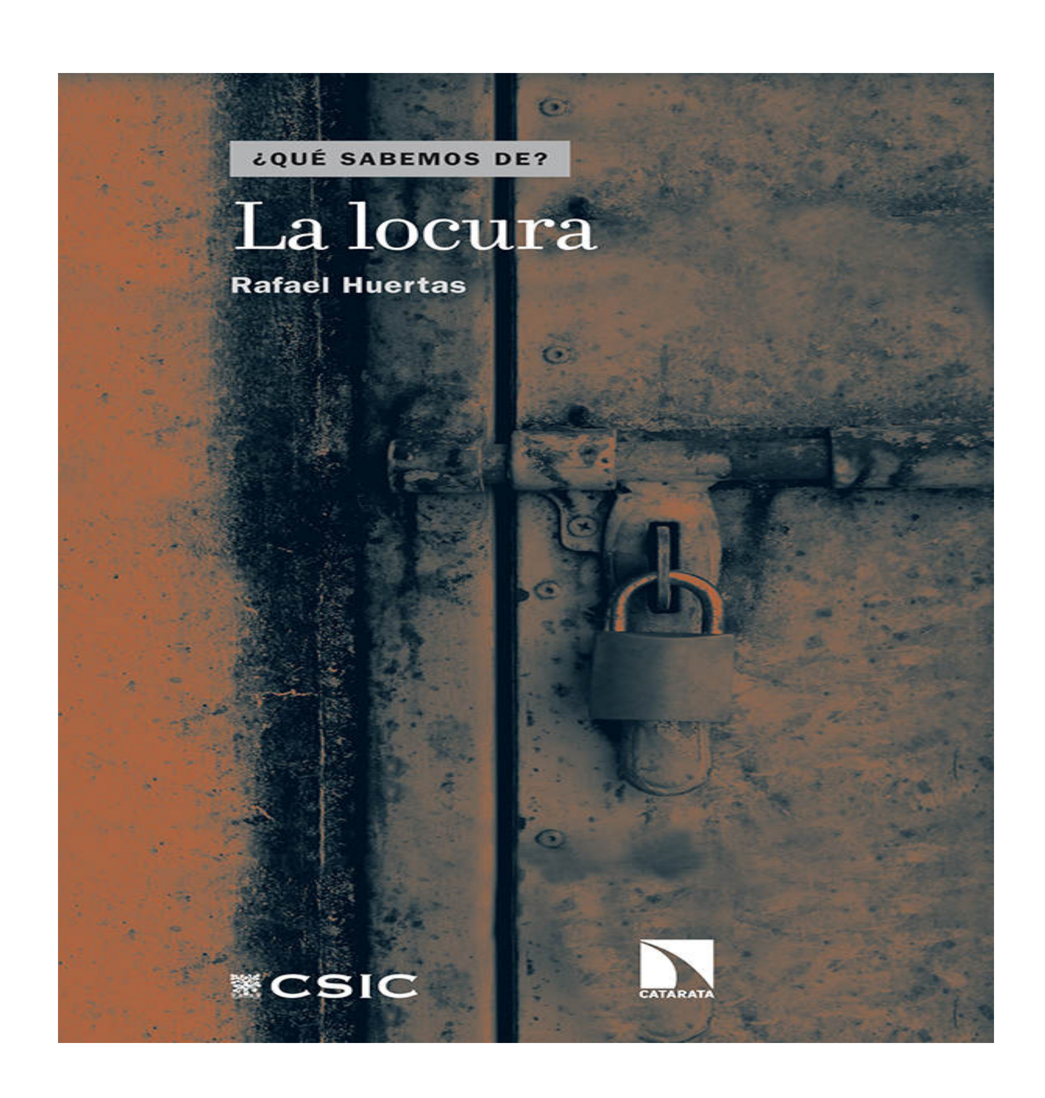
¿QUÉ SABEMOS DE?

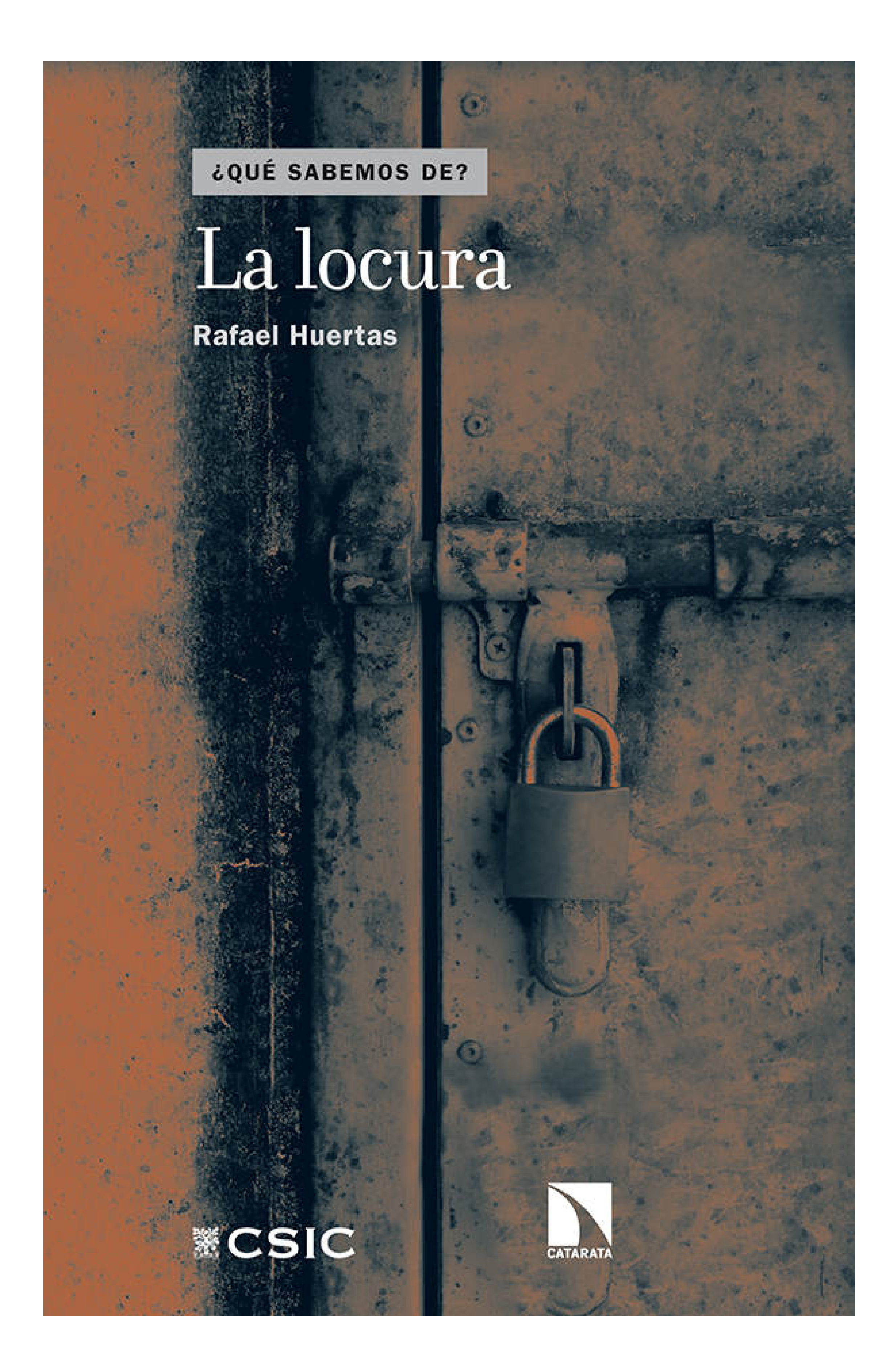
La locura

Rafael Huertas





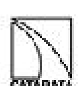

¿QUÉ SABEMOS DE?
La locura
Rafael Huertas
CSIC
CATARATA


¿QUÉ SABEMOS DE?
La locura
Rafael Huertas
CSIC
CATARATA

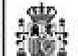
La locura

Rafael Huertas





Catálogo general de publicaciones oficiales
http://publicacionesoficiales.boe.es






Diseño gráfico de cubierta: Carlos Del Giudice
Fotografía de cubierta: ©iStock/Thinkstock

isbn (csic): 978-84-00-09822-3
isbn (catarata): 978-84-8319-911-4
e-isbn: 978-84-8319-956-5
nipo: 723-14-108-0
depósito legal: M-13.195-2014
ibic: PDZ/JMA

A modo de preludio necesario o… aviso para navegantes

Una antigua leyenda centroeuropea cuenta que en ciertas ciudades de Flandes algunos locos eran embarcados y abandonados a su suerte. Sin rumbo fijo, la *Nave de los locos* iba derivando por el Rin y por los canales flamencos hasta perderse en el mar, donde finalmente zozobraba y se perdía. Con el fin de no naufragar en el mar de las ideas sobre la locura, establezcamos algunas vías de navegación que nos ayuden a centrar nuestro propósito en las páginas que siguen.

Comencemos reconociendo que *locura* es un término impreciso cargado de connotaciones, en general negativas, que se asocia a situaciones vitales muy diversas y que puede tener significados diferentes. Veamos algunos.

Primera e imprescindible pregunta: ¿locura es lo mismo que enfermedad o trastorno mental? Respuesta (categórica y contundente): no.

Esto, naturalmente, requiere una inmediata aclaración que obliga a formular más preguntas. ¿Podemos reducir la locura a un estado patológico de la mente o, si se prefiere, del cerebro?, ¿es una enfermedad o es un estado, más o menos anómalo, propio del sujeto? Dicho de otro modo: el pensamiento, la personalidad, el comportamiento y la estructura mental de alguien, ¿pueden ser diferentes a los de la mayoría de la gente sin que por ello sean necesariamente patológicos? Por muy extraño y extravagante que sea un individuo, ¿debe ser considerado un enfermo? Y, llevando el argumento a sus dos polos más opuestos, un asesino en serie, frío y calculador, de los que salen en las películas o en las series sobre *mentes criminales*, ¿lo es porque tiene una enfermedad mental?; y, en un sentido parecido, la especial sensibilidad o la explosión emocional que se suelen

asociar a la creatividad artística, ¿tienen que ver siempre con un estado patológico reconocible? Se trata de un debate abierto, pero es más que discutible la existencia de una correlación entre enfermedad mental y maldad o entre enfermedad mental y genialidad, por mucho que se hayan querido entender ambas desde presupuestos científicos, médicos o psicológicos. Con todo, malvados y genios traspasan los límites en los que se mueve la gente considerada *normal y cuerda*. Y qué decir de los místicos, los fanáticos, los iluminados… pero también los descubridores, los innovadores o los revolucionarios.

Aun así, no hace falta irse a los extremos; la gente *normal y cuerda* también cometemos locuras. Quién no se ha enamorado (con locura), o ha enloquecido de celos, o no ha sabido dominar sus emociones, o ha sufrido enormemente con o sin causa, o ha pensado o hecho cosas incomprensibles para otros. Todos tenemos *manías,* algunas incluso inconfesables. La lista puede ser inmensa, cada lector podrá elaborar la suya propia, y todo sin pasar por la consulta del psiquiatra o del psicólogo y, por supuesto, sin ser internado… Sin embargo, nuestras locuras particulares no siempre se pueden controlar y, además, en ocasiones chocan con alguna que otra locura colectiva; en el fondo, son productos culturales y, como tales, pueden variar según el contexto histórico, social y cultural que consideremos. Así, el homosexual que ayer era sometido a tratamientos psiquiátricos con el fin de corregir su supuesta condición de enfermo se ve hoy libre de dicha connotación patológica. En contrapartida, cada vez es mayor la demanda de atención en los servicios de salud mental de personas a las que no les va bien la vida, gente sana pero desdichada que, por unas u otras razones, entran en un circuito asistencial. Parece evidente que estar en paro o tener dificultades en el trabajo o en el colegio, o en el ámbito familiar o vecinal, no debería requerir, al menos en principio, la intervención de los médicos o de los psicólogos clínicos, pero son estos profesionales los que acaban gestionando el malestar de los individuos. Unos individuos que viven —que vivimos— en un mundo que, como dice la conocida expresión, está “cada vez más loco”.

Así las cosas, parece lógica una segunda pregunta: ¿existen realmente las enfermedades o los trastornos mentales? Respuesta (tan categórica y contundente como la anterior): sí.

Tal afirmación merece, asimismo, una cierta matización. En este nuevo registro, la psicosis es la locura por excelencia. Independientemente de la etiqueta diagnóstica que se aplique (depresión, paranoia, esquizofrenia, etc.), la psicosis es, por encima de todo, un drama intenso y solitario. Una quiebra, una ruptura de tal calibre que implica tener otra verdad, ser poseedor de otro saber, otro tipo de conocimiento, otro tipo de certeza. Certezas, eso sí, muy firmes, muy serias, convicciones que no cabe relativizar. De hecho, como llegó a decir Nietzsche: "No es la duda sino la certeza lo que vuelve locos a los hombres". Certezas que no son entendidas ni compartidas por los demás, de ahí la soledad y la incomprensión, pero también, en el peor de los casos, el horror, el vacío, la perplejidad. Por eso no es bueno idealizar la locura. En ocasiones, la figura del loco (del psicótico) ha ejercido una gran fascinación, se le ha llegado a considerar un héroe contracultural, aquel capaz de no entrar en el juego de una sociedad alienante. Pero por muy crítico que se pueda ser con la sociedad de consumo o con el modo de producción capitalista, buscar este tipo de complicidades es tan frívolo como peligroso. El loco no es un sujeto que se ha liberado de las ataduras e imposiciones sociales, es una persona que sufre enormemente, que vive al borde de un abismo angustioso.

Visto así, la enfermedad mental existe, claro, pero no es como las demás enfermedades. Se puede llegar a aceptar que el psicótico es un enfermo, pero a condición de reconocer que es, en todo caso, un enfermo distinto. En la mayoría de las ocasiones no tiene que guardar cama, se resiste a tomar la medicación, no quiere ingresarse, ni siquiera tiene conciencia de su trastorno, y por tanto su curación no está entre sus prioridades. En fin, podríamos describir más peculiaridades en relación con el resto de los enfermos, los que tienen dolencias corporales que se esfuerzan por superar. Las enfermedades del cuerpo y las enfermedades del alma son, pues, cosas muy distintas. Precisamente por eso cada vez son más los que prefieren hablar de trastornos o desarreglos mentales, en lugar de enfermedades. Pero hay otra razón fundamental: cuando se utiliza y se actúa con el término médico de enfermedad, tan rotundo e inequívoco, se remite el problema a una lesión o una disfunción cerebral, orgánica, biológica y genética. Aun admitiendo que pueda haber un trastorno orgánico (lo que se puede admitir en algunos casos y no estar tan claro en otros), el paciente mental no es, no puede ser, solo un *enfermo del cerebro*, equiparable a un enfermo del

corazón, o de los huesos, o del riñón, o del estómago, etc. En este escenario el sujeto está indefectiblemente vendido, nada depende de él (o de ella) porque se le hurta su decisión, su capacidad de autorreparación, su trabajo subjetivo o, lo que es lo mismo, su implicación tanto en la causa como en el remedio de su padecimiento.

En resumen, es desde esta perspectiva clínica y sociocultural de los problemas mentales desde donde podemos retomar y reivindicar el término y el concepto de *locura*. El vocablo podría resultar anacrónico si no se le dotara de una significación diferente que aporte una visión amplia —ni reduccionista, ni dogmática—, que tenga en cuenta no solo su carácter cultural, sino también el componente eminentemente humano de semejante experiencia.

Desarrollemos, pues, estas cuestiones y veamos qué sabemos de la locura. Pero para ello debo todavía hacer un par de advertencias más con el fin de que nadie se llame a engaño, para que quede suficientemente establecida la hoja de ruta de la que hablábamos al principio y no nos hundamos en un mar de desconcierto. Si este libro tratara, sin más, de la enfermedad mental, de la esquizofrenia o del trastorno bipolar, exigiría un enfoque probablemente diferente, más *médico*, más *científico*. El experto que lo redactara explicaría los síntomas, las teorías sobre sus causas, los tratamientos que se suelen utilizar dependiendo de gustos o escuelas e, incluso, sería procedente dedicar algunas páginas a las fórmulas químicas y a las rutas metabólicas de la serotonina o de otros neurotransmisores. Con seguridad sería un libro interesante, pero sería otro libro. Aquí trataremos la locura desde el punto de vista sociocultural; como es lógico, la medicina tendrá una presencia muy destacada, pero quedará claro que la locura no es solo un problema médico. El nuestro será un recorrido histórico sin que este sea o pretenda ser un libro de historia. La reflexión sobre elementos del pasado será nuestra herramienta para conocer ciertas problemáticas de nuestro presente.

El loco es el que delira, que literalmente significa (del latín *de-lirare*) “el que se sale del surco al labrar la tierra”, esos surcos rectos y uniformes que pueden verse en cualquier sembrado de cualquier campo cultivado con esmero. La imagen tiene una fuerza simbólica muy evidente: el que se sale del recto camino, de la norma establecida, o impuesta, por el grupo social o cultural al que pertenece estaría *delirando*. El que no piensa o no hace las

cosas como los demás estaría loco. Su forma de relacionarse con los demás puede despertar admiración y asombro, burla y desdén, conmiseración… cuando no desconfianza o temor. Hoy día la medicina y la psicología definen el delirio de una manera muy precisa, como una idea falsa, incorregible e inadecuada, susceptible de ser clasificada, conceptualizada y tratada desde un punto de vista científico. Pero no siempre fue así, ni tiene por qué serlo. No solo la actitud social hacia el delirante ha variado ostensiblemente a lo largo del tiempo, sino que las distintas maneras de entender dicha condición y de intervenir sobre ella tienen unas claves históricas que, como ya he apuntado, conviene recorrer para comprender lo que realmente sabemos de la locura.

CAPÍTULO 1

Entre la medicina y la filosofía. Las enfermedades del alma en la Antigüedad clásica

¿Es la locura una enfermedad o un don divino? ¿Por qué casi todos los que han destacado en la filosofía, la política, la poesía o las artes eran manifiestamente melancólicos?

Estas preguntas, formuladas nada menos que por Aristóteles en una de sus obras, nos introducen en una manera de entender la locura que, en la Antigüedad clásica, trascendió con creces el dominio de la medicina, para integrarse en ámbitos tan diversos como la filosofía, la magia, la religión, el arte o la literatura. Las respuestas a ciertos interrogantes sobre la locura no las tenían los médicos sino, fundamentalmente, los filósofos, si bien una visión global y totalizadora de la misma pasaba obligatoriamente por la noción de *enfermedades del alma*.

En realidad, esta idea de las enfermedades del alma surge por analogía con las *enfermedades del cuerpo*, de las que tradicionalmente se ocupa la medicina. Se produce, de hecho, un entrecruzamiento entre un concepto eminentemente médico (enfermedad) y otro filosófico (alma), pero son los filósofos los que originariamente sienten la necesidad de describir y entender ciertos comportamientos humanos y, en definitiva, los responsables de esa analogía.

Veamos de qué manera los filósofos y los médicos se enfrentaron a esta cuestión, de qué modo consideraron la dualidad mente-cuerpo y con qué talante se articularon, o no, sus respectivos discursos a la hora de explicar y actuar sobre las *enfermedades del alma*. Preguntar a los filósofos y a los médicos de la Antigüedad sobre estos temas no es, ni mucho menos, un ejercicio de arqueología; supone, por encima de todo, indagar sobre las

bases del pensamiento occidental en torno a la locura. No en vano, la tensa contraposición entre cuerpo y alma ha sido una constante histórica que ha llegado hasta nuestros días, por más que, dependiendo de la época, la manera de nombrarla haya sido diferente: cerebro y mente, materia y pensamiento, organicismo y psicologismo, neurotransmisor y significante… Medicina y filosofía constituyen, pues, referentes obligados en cualquier reflexión histórica sobre la locura. Ejemplos significativos pueden encontrarse tanto en filósofos, como Immanuel Kant, quien recomendaba que cuando en un delirante no se encontrara ninguna enfermedad somática (del cuerpo) debería ser estudiado en la Facultad de Filosofía y no en la de Medicina, como en médicos, entre los que citaremos a Philippe Pinel, considerado uno de los fundadores de la psiquiatría y cuya obra pionera, publicada en 1801, no por casualidad lleva por título *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*. Recordemos, asimismo, la inspiración que Freud encontró en la literatura y en la mitología griegas o, incluso, la importancia que hoy día determinados enfoques psicológicos otorgan al pensamiento de los clásicos. Repasemos brevemente los orígenes de toda esta tradición y tratemos de obtener repuestas de sus primeros protagonistas.

¡Preguntemos a los filósofos!

El pensamiento filosófico de la Grecia clásica tendió, en general, a considerar el alma o la mente como algo cualitativamente distinto al cuerpo, al menos en lo concerniente a los estratos superiores. Platón (427-347 a.C.) estableció la existencia de tres ánimas diferenciadas: la *apetitiva*, que acogía las necesidades o apetitos de la persona; la *afectiva*, que se relacionaba con las emociones, las percepciones y el conocimiento de las cosas concretas y particulares; y la *racional*, que tenía a su cargo las funciones más elevadas, esto es, el conocimiento de las cosas más generales y abstractas. Las dos almas inferiores (apetitiva y afectiva) estaban en relación directa con el cuerpo, pero el alma racional era, según Platón, inmaterial e inmortal.

Por su parte, Aristóteles (384-322 a.C.), aunque introdujo una noción más naturalista, siguió considerando el alma en tres estratos: el *vegetativo*,

similar al alma de las plantas y del que dependerían las funciones de crecimiento, asimilación y reproducción; el *sensitivo*, que el ser humano compartiría con los animales y al que corresponderían las funciones vinculadas a las sensaciones y a la capacidad de moverse; y el *racional*, solo presente en el ser humano y en el que estarían ubicadas las funciones intelectuales. Al igual que Platón, Aristóteles consideraba que solo el estrato racional sería inmaterial e inmortal.

Esta consideración de la inmaterialidad del alma, al menos en su nivel superior, contribuyó decisivamente a consolidar una visión de los trastornos mentales como procesos propiamente *anímicos* que podían tener un origen orgánico o psíquico, pero que, una vez instauradas, eran —sobre todo para el pensamiento platónico— enfermedades específicas del alma. Con este punto de partida, siempre hubo la tendencia, en el pensamiento filosófico clásico, a considerar tales *enfermedades* como un *defecto moral*, lo cual equivalía a conceptuarlas como un desequilibrio entre las distintas partes o estratos del alma, caracterizado por el dominio de los estratos inferiores sobre el superior. Así, para Platón la enfermedad del alma se hacía equivalente a la cobardía, la intemperancia, la injusticia y la ignorancia. Faltas, defectos o vicios que no son sino los contrarios de las cuatro virtudes cardinales platónicas: el coraje, la templanza, la justicia y la sabiduría. Aun así, también pueden encontrarse en Platón explicaciones materialistas en las que las ideas equivocadas o las pasiones desordenadas aparecen ligadas al organismo o al ambiente: “pues nadie es vicioso voluntariamente. Es por alguna disposición maligna del cuerpo o por una mala educación por lo que el hombre se vuelve vicioso”.

Además de Platón, otros filósofos clásicos defendieron esta vinculación entre las enfermedades del alma y las pasiones. En el mundo latino destaca, sin duda, Marco Tulio Cicerón (106-43 a.C.). Eminente jurista, Cicerón estableció la diferencia entre *insania* (o *demencia*) y *furor*. La primera no impediría al individuo que la padeciese el cumplimiento de sus deberes, mientras que la segunda supondría su incapacidad. La locura irrumpe así en el foro, en los tribunales, iniciándose un debate, que ha llegado hasta el presente, sobre la responsabilidad penal o civil, o la capacidad legal, de las personas con trastornos mentales. Pero Cicerón nos introduce también en otro debate de gran importancia para el futuro de la psicopatología, el que tiene lugar entre estoicos y epicúreos. Como buen estoico, Cicerón

rechazaba que el *supremo bien* esté en el placer y no en la virtud, lo que le lleva a la rectitud y a procurar evitar o corregir todo lo que se aleje del *recto camino*, de la norma moral. No es, pues, una casualidad que Cicerón sea citado profusamente por los alienistas que en el siglo XIX fundaron la psiquiatría y pretendieron, como más tarde veremos, sacar al loco de su *error* a través del llamado tratamiento moral. De igual modo, podría decirse que las actuales terapias cognitivo-conductuales poseen una cierta cualidad estoica. Por su parte, Epicuro, al rechazar los idealismos éticos, eleva el placer a un rango filosófico que niega el dolor o el sufrimiento como fundamento de la virtud y aboga por la búsqueda del placer siempre que este enseñe a modular "el límite impuesto a los deseos y a los sufrimientos". En otras palabras, cuando Epicuro afirma que el placer es el fin primordial, no se refiere "al placer de los viciosos…, sino al no sufrir en el cuerpo y no estar perturbado en el alma". Planteamiento que se emparenta sin esfuerzo con lo que Freud llamó *el principio de placer*, esto es, que el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer, pero también con su par: *el principio de realidad*, que regula, que pone límites al deseo y lo modula en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior (moral, normas y leyes, costumbres, etc.).

Pero entre estoicos y epicúreos hay otras diferencias que merece la pena destacar. Algunas son políticas, pues mientras que Cicerón era un hombre de Estado, y de orden, Epicuro renegaba de las instituciones de poder y de los dioses. Otras, más importantes para nuestros propósitos, tienen que ver con la noción de cuerpo (y de alma), ya que, en oposición a la tradición platónica encarnada en Cicerón, para los epicúreos el alma era una parte real del cuerpo; o sea, la naturaleza del alma no sería inmaterial o inmortal, sino netamente corporal. El alma vive en el cuerpo y muere con él. Esto, naturalmente, supone una diferencia inconciliable que pone en cuestión —lo que más tarde volverá a recoger el psicoanálisis— el dualismo entre lo somático y lo psíquico, colocando al cuerpo como el escenario principal en el que se desenvuelve el deseo, la virtud o el deber. Con todo, las doctrinas de Epicuro fueron muy criticadas y escasamente comprendidas por sus contemporáneos; fueron los médicos los que más claramente desarrollaron un pensamiento materialista en relación con el alma y sus dolencias.

La visión de los médicos

A diferencia del pensamiento filosófico más hegemónico, la medicina antigua tendió a considerar el alma de una forma material. La medicina hipocrática huyó de toda consideración sobrenatural de la enfermedad y limitó su actuación al campo de la materia, del cuerpo, de modo que siempre consideró la enfermedad mental como una enfermedad del cuerpo. Este enfoque está presente tanto en el *Corpus Hippocraticum*, como posteriormente en la obra de Galeno (138-201 d.C.), cuyo texto *Las facultades del alma derivan de la complexión humoral del cuerpo* puede considerarse paradigmático de este tipo de aproximación médica a la locura.

La consideración de esta materialidad del alma propició que a las enfermedades psíquicas se les atribuyera una *physis* o naturaleza material, tal como se hacía con las enfermedades orgánicas. Esto permitió entender y explicar las enfermedades del alma según las doctrinas médicas más consolidadas; a saber, la humoral, la metódica y la neumática, que, junto con la empírica, llegarían a confluir en la llamada escuela ecléctica en el siglo I d.C. Repasemos muy brevemente cada una de ellas.

La *teoría humoral* tuvo como referente más claro la doctrina de los cuatro elementos de Empédocles (492-432 a.C.): tierra, agua, aire y fuego. La naturaleza, y todo lo presente en ella, estaría formada por la mezcla —en distinta proporción— de estos cuatro elementos. A partir de esta y otras nociones de los filósofos presocráticos, la medicina hipocrática elaboró la doctrina de los humores para explicar las características del cuerpo humano. Las distintas partes del cuerpo estarían formadas por la mezcla —en distinta proporción— de los cuatro humores: sangre, pituita o flema, bilis amarilla y bilis negra o atrabilis. La salud radicaría en la mezcla equilibrada de dichos humores y la enfermedad, tanto del cuerpo como del alma, se debería a un desequilibrio de la mezcla humoral (con predominio de uno u otro) o a la pérdida de la calidad de alguno de ellos.

A pesar de su título, en el texto hipocrático *Sobre la enfermedad sagrada* se describe la epilepsia rompiendo con la vieja tradición que la consideraba una forma religiosa o mística de enfermedad. No solo se niega su carácter divino o sagrado, sino que se le atribuyen causas naturales. Pero aún más importante que la alusión a la epilepsia, resulta de sumo interés las íntimas relaciones que se establecen entre los desequilibrios humorales y los

trastornos mentales: "Si el cerebro está corrompido de flema los pacientes permanecen tranquilos y silenciosos; si lo está por la bilis amarilla, se muestran vociferantes, malvados y actúan de modo inadecuado. Si el cerebro está caliente (por la sangre), aparecen terrores, miedos y pesadillas; si está demasiado frío (por la bilis negra), los pacientes se mostrarán tristes y preocupados".

Este breve texto pone en evidencia, de manera muy reveladora, dos de las ideas más representativas del pensamiento médico sobre la locura. Por un lado, su sede anatómica: el cerebro. Desde Alcmeón de Crotona (siglo V a.C.) y los presocráticos, y posteriormente los hipocráticos, este órgano del sistema nervioso central ha sido considerado la sede de la vida sensitiva y psíquica del ser humano. Por otro, la teoría humoral dio lugar a la formulación de los distintos temperamentos (sanguíneo, flemático, bilioso y melancólico), pero también a la identificación de la bilis amarilla con la manía o de la bilis negra o atrabilis con la melancolía.

Una orientación diferente a la medicina de los humores es la defendida por la *escuela metódica*, para la que el cuerpo estaría constituido por un conjunto de partículas o átomos en perpetuo movimiento y circulando por una serie de conductos. En estado de salud, el movimiento de los átomos sería ordenado, mientras que la enfermedad sería el resultado de alteraciones de los átomos, de los conductos o de ambos, lo que daría lugar a un desorden del movimiento vital. Para esta escuela tampoco existe una diferenciación entre enfermedades psíquicas y somáticas. La frenitis o el sofoco uterino (o histeria), por ejemplo, derivarían de un estado de constricción de los conductos, con la consiguiente dificultad del flujo de átomos, bien al cerebro, en el caso de la frenitis, bien al útero, en el de la histeria.

Finalmente, la *escuela neumática*, que surgió en parte como reacción a la anterior, entendió la enfermedad —tanto somática como psíquica— como un desequilibrio en la mezcla de las cuatro cualidades elementales con el predominio de una de ellas. Este predominio originaría una alteración de la dinámica del *pneuma* o *spiritus* —producto refinado del aire inspirado— a través de los conductos corporales, lo cual se reflejaría, sobre todo, en las alteraciones del pulso. Areteo de Capadocia (siglo II d.C.), uno de los médicos más destacados de su época, definió la melancolía de manera *ecléctica*, aunando la teoría humoral y la influencia de la escuela neumática:

“La bilis negra, si se sitúa por encima del estómago y del diafragma, forma la melancolía, y envía vientos estruendosos hacia abajo, y transforma el entendimiento. Por eso, en tiempos anteriores, se les llamaba personas melancólicas y flatulentas”.

En definitiva, e independientemente de la explicación humoral, metódica, neumática o ecléctica, las enfermedades del ánima fueron siempre, para los médicos de la Antigüedad clásica, enfermedades del cuerpo, de localización cerebral o visceral y con efectos particulares sobre la psique. No obstante, desde la Antigüedad tardía, los médicos galenistas incluyeron las enfermedades mentales dentro del grupo de las *enfermedades de la cabeza*. Recogiendo la ya aludida tradición presocrática, el cerebro fue considerado la sede del alma. Dicho órgano desarrollaba numerosas funciones, entre las que se encontraban las facultades animales, la sensación, el movimiento y las tres potencias superiores rectoras de las acciones humanas: la fantasía (imaginativa), el entendimiento (estimativa) y la memoria. Las enfermedades mentales serían la consecuencia de cambios primarios o secundarios en la complexión del cerebro, lo que provocaría alteraciones de sus funciones que, de acuerdo con Galeno, podían producirse de tres maneras: por abolición, por disminución y por perversión.

De la melancolía y otras dolencias del alma

En cuanto a la clasificación de los trastornos mentales, además de considerar la existencia de alteraciones peculiares, ya citadas, como la epilepsia o las enfermedades de la mujer relacionadas con la ubicación o la movilidad del útero, la medicina helenística (siglos II a.C. al II d.C.) estableció la clasificación *médica* más clara y completa de las entidades patológicas con repercusiones en el *alma*. Los criterios manejados para tal clasificación fueron su evolución (aguda o crónica) y la presencia o no de fiebre. Así, por un lado, la frenitis y la letargia eran locuras agudas y con fiebre; la primera se caracterizaba por un estado de agitación, y la segunda, por un profundo abatimiento. Se trataba, en general, de enfermedades con causas concretas e identificables (estados de confusión mental debido a infecciones, intoxicaciones, envenenamientos, etc.). Por otro lado, la manía y la melancolía se describían como locuras crónicas y sin fiebre, con

excitación la primera y abatimiento la segunda, pero se entendían como locuras *constitucionales*, sin una causa concreta aparente.

Sin duda alguna, la melancolía fue la que más interés suscitó entre médicos y filósofos. En los textos hipocráticos pueden encontrarse alusiones frecuentes que trataban de describir, desde un punto de vista exclusivamente médico, el temperamento y el comportamiento de los melancólicos. De ellos se dice que están "llenos de ansiedad y malestar, además de mostrar tristeza acompañada de mutismo y de odio hacia los que les rodean", características que permiten orientar el diagnóstico: "Cuando el miedo y la tristeza duran mucho tiempo, entonces se trata de una melancolía". Pero la melancolía es mucho más: es la enfermedad de los héroes y de los sabios. La padecieron Heracles, Áyax o Belerofonte; pero también Empédocles, Sócrates y el mismísimo Platón. Es, en definitiva, una dolencia propia de filósofos, de seres *atrabiliarios* en el sentido etimológico del término, no como individuos "destemplados o violentos" según una acepción más actual, sino como sujetos atacados por un exceso de bilis negra (o atrabilis) según la más pura doctrina humoral.

La melancolía como fuente de sabiduría tuvo consecuencias y aplicaciones diversas. Por un lado, la inspiración de los oráculos o el don de la adivinación fueron relacionados con "algunos locos, llamados melancólicos, que tienen en el alma algo divino que les permite presagiar el porvenir". Sin embargo, la sabiduría, la genialidad o la sensibilidad artística debían pagar un duro peaje. Mitología y astrología se dan la mano para relacionar a los melancólicos con el titán griego Cronos y con el dios romano Saturno (que devoraron a sus hijos), pero también con el planeta. Saturno, planeta frío y seco, oscuro y pesado, bajo cuyo influjo aparece la negra melancolía.

En cualquier caso, la melancolía como experiencia estética y como potencial creativo y artístico, que tanto fascinó a Aristóteles o a Cicerón, se ha mantenido en el tiempo con formulaciones distintas según las épocas, desde la idea del genio renacentista aquejado de solitaria melancolía (Miguel Ángel, Leonardo) hasta la imaginación desesperada, y no menos melancólica, del artista romántico. Como puede deducirse, la melancolía volverá a aparecer obligatoriamente a lo largo de esta obra, en épocas posteriores, pues no hay nada más histórico en el ser humano que su tristeza.

Así pues, las enfermedades del alma aparecen, como acabamos de ver —y la melancolía es un buen ejemplo—, en la encrucijada entre la medicina y la filosofía, pero esto no nos debe hacer olvidar su dimensión sociológica, la que ahonda tanto en la respuesta social (y técnica) hacia la locura como en el lugar que el loco ocupa en el entramado social.

La locura, los ciudadanos y la curación por la palabra

No hay que olvidar que tanto Grecia como Roma eran, en la Edad Antigua, sociedades con un modo de producción esclavista. Las diferencias sociales entre ciudadanos (solo varones mayores de edad, lo que suponía el 10% de la población), no ciudadanos y esclavos eran muy marcadas y eso, forzosamente, debía traducirse en todos los órdenes de la vida. El tratamiento de la locura no fue, como es lógico, una excepción.

Aunque en algún momento se permitió que los locos vagabundearan por las calles de las *polis* griegas, la tendencia fue, a partir de las recomendaciones de Platón, que las familias se encargaran de controlarlos, encerrándolos en sus casas, bajo pena de multa. Es evidente que las más adineradas, con criados para vigilarlos y contenerlos, con propiedades a donde enviarlos o con los suficientes medios económicos para recurrir a tratamientos más o menos reglados, podían ofrecer a sus familiares unas condiciones más favorables que aquellos otros que por carecer de posibilidades se veían abocados al destierro, al encierro en cárceles, a la sujeción con grilletes y a la negación de asistencia. En definitiva, la relación entre la locura crónica y la pobreza, que, como veremos, se convertirá en una constante histórica, tiene también su origen en la Antigüedad clásica.

En cuanto al tipo de tratamientos que se aplicaban, exclusivamente, como acabamos de indicar, a los ciudadanos más ricos, podemos distinguir distintas actuaciones dependiendo de la manera de entender la locura (médica o filosófica, según hemos visto), aunque con gran frecuencia buena parte de las medidas terapéuticas acababan entrecruzándose en la práctica.

Como es lógico, por la concepción *corporal* de la locura que tenía la medicina hipocrática, los médicos de la Antigüedad recurrieron a terapias eminentemente físicas. Desde una perspectiva humoralista, el tratamiento estaba dirigido a provocar la eliminación o purificación del humor sobrante,

para lo que se recomendaban dieta, ejercicios evacuantes, baños, ventosas, sangrías, eméticos, diuréticos o purgantes. La escuela metódica, con objeto de mejorar o paliar los supuestos estados constrictivos o atónicos, basó su propuesta terapéutica en ejercicios mecánicos: masajes, paseos, etc.

Para el pensamiento médico la terapia psíquica se limitó a medidas destinadas a procurar tranquilidad o distracción, como la música, los viajes, etc., si bien Galeno llegó a describir una actividad *psicoterapéutica*, en la que el médico señalaba los defectos y ayudaba a equilibrar emocionalmente al paciente empleando básicamente la terapia verbal. Sin embargo, la medicina antigua no llegó a apreciar, y mucho menos a recoger y hacer suyo, el legado de poetas, dramaturgos y filósofos de lo que podemos denominar la *curación por la palabra*.

En el marco del modelo *filosófico* de la locura se llegó a aconsejar también remedios de carácter físico (dieta, ejercicio) o medicamentoso (jugo de opio, vino, mandrágora), pero siempre con el objetivo de conseguir la purificación del cuerpo y del alma. Sin embargo, la comentada diferenciación cualitativa del alma y el reconocimiento de la especificidad de las *enfermedades del alma* dieron lugar a la formulación, como acabamos de apuntar, de una suerte de psicoterapia que consistió en el uso de la palabra con fines terapéuticos. Esta *curación por la palabra* fue objeto de distintas interpretaciones: en los templos de Asclepio, sus sacerdotes utilizaron ensalmos y conjuros, palabras mágicas y otros rituales que fueron despreciados por los médicos hipocráticos. La Medicina, con su arte y su técnica, su experiencia y su razón, debía desplazar a la magia y la mística. Sin embargo, la palabra curativa no mágica adquirió una importancia capital de la mano del método filosófico. Su punto de partida era la *mayéutica* socrática (dar a luz un nuevo conocimiento), basada en el *diálogo* (conversación retórica que emplea la persuasión y la seducción), que se va desplazando hacia la *dialéctica*, entendida como método para buscar la verdad (una verdad que está oculta en el interior del ser humano) y llegar así al conocimiento. “¡Conócete a ti mismo!”: este sería, en definitiva, el fin último de la propuesta de Sócrates, recogida por Platón, en la que no pocos autores han reconocido los orígenes de la psicoterapia verbal.

A partir de aquí, la palabra curativa de acción psicológica (no mágica) fue aplicada en la Grecia clásica siguiendo dos técnicas diferentes pero, en ocasiones, complementarias. Por un lado, la *catarsis verbal persuasiva*

(platónica), que consistía en el empleo de la palabra eficazmente sugestiva concebida como *bello discurso* y productora en el alma de la ordenación armoniosa de todos los componentes de la vida anímica (pasiones, emociones, ideas, creencias...). Por otro lado, la *catarsis verbal violenta* (aristotélica), que intentaba provocar con expresiones verbales bruscas y oportunas un estado de tensión emocional con el que el sujeto pudiera recuperar el equilibrio anímico. Basada en las emociones que la tragedia griega suscitaba, esta *purgación del alma* facilitaba la expresión de los conflictos interiores y estaba guiada por la ética del justo medio y del equilibrio, tan propia de la filosofía aristotélica.

Las voces… de los ‘daemones’

A pesar de todo lo antedicho, hemos de tener en cuenta que en la Antigüedad clásica la locura no se consideraba necesariamente algo marginal, estigmatizado o perseguido. En una cultura politeísta, en la que existía el convencimiento general de que los dioses intervenían en la vida cotidiana de las gentes y en la que religión, magia y mito —aun conviviendo con el racionalismo filosófico y científico— tenían un enorme peso, no es de extrañar que la locura, y los comportamientos que esta podía generar, no siempre se considerara algo que se debiera corregir, controlar o reprimir. Ya hemos visto el prestigio que ciertos melancólicos llegaron a tener en la sociedad ateniense. Pero, de igual modo, las visiones de dioses o espíritus, malignos o benefactores, eran aceptadas sin dificultad por una cultura desarrollada en el marco de unas creencias muy arraigadas. Los *daemones* constituyen, en este sentido, una muestra muy evidente de lo que pretendemos transmitir.

En la mitología griega los *daemones* fueron entendidos de muy diversas maneras; se asimilaron a elementos más o menos abstractos (lo divino, el destino, el mal, los aires favorables…) o más o menos concretos (los dioses propiamente dichos, sus mensajeros, espíritus mediadores entre los dioses y los humanos e, incluso, a las almas divinizadas de los antepasados, etc.). En cualquier caso, se trataba de seres o entes sobrenaturales que habitaban el mundo y eran capaces de hacer a los seres humanos felices o desgraciados, alegres o tristes, ansiosos o tranquilos... En cierto sentido, los *daemones*

marcan el destino de los hombres. Aunque no son pocos los autores clásicos que se refieren a ellos, uno de los más conocidos, y también el que más nos interesa comentar aquí, es el *daemon* de Sócrates. Este filósofo se atribuye un *daemon* propio que lo orienta y le advierte, lo disuade pero no le ordena, permanece en su interior pero no le posee; dialoga con él y permite el contacto entre su propia individualidad y la divinidad. Se trata de una fuerza o de una energía interna que, aunque se le atribuyan unas características religiosas y, por tanto, irracionales, estas aparecen siempre domesticadas por la razón filosófica. Esta voz interior es identificada por Sócrates como una "voz profética dentro de mí, que proviene de un poder superior".

Es evidente que en el contexto cultural e histórico al que nos estamos refiriendo Sócrates fue considerado un sabio, un gran pensador —aunque fuera condenado a muerte por blasfemo—. Sus voces internas y sus visiones no fueron nunca entendidas como alucinaciones patológicas. Siglos más tarde, cuando la locura entre de lleno en la jurisdicción de los médicos y la percepción sin estímulo exterior (la alucinación) se convierta en uno de los síntomas más privilegiados de la psiquiatría, el propio Sócrates será diagnosticado, de manera retrospectiva, de alienado, de psicótico. Pero en la época que nos ocupa, y esto es lo que me interesa destacar finalmente, la locura no exigía necesariamente, aunque podía tenerlas en ocasiones, explicaciones ni intervenciones médicas.

Todo este sistema de pensamiento va a cambiar, al menos en parte, con el afianzamiento del monoteísmo cristiano. Una nueva visión del mundo que, aun con importantes reminiscencias de la Antigüedad, propiciará a lo largo de la Edad Media una nueva concepción de la locura y de la actitud social hacia ella.

CAPÍTULO 2

De la posesión demoníaca y otras cosas inquietantes. Íncubos, súcubos, brujas y licántropos en la Edad Media

La concepción de la locura durante la Edad Media estará marcada, en la cultura occidental, por las creencias y aspiraciones del cristianismo. La nueva religión se fue afianzando en Europa y, con su presencia y su poder, llegó a impregnar todos los órdenes de la vida. Los padres de la Iglesia sustituyeron a los filósofos y tanto los saberes eruditos, la medicina entre otros, como las creencias populares cayeron bajo su influencia y su control.

En la locura medieval se identifican claramente los saberes heredados de la Antigüedad, eso sí, debidamente cristianizados. Se mantuvieron los principios de la medicina hipocrática y galénica, y por tanto la teoría de los humores, pero fueron reinterpretados a la luz de la religión. Asimismo, se impusieron nuevas explicaciones a determinados fenómenos y comportamientos propios de la nueva cultura que se iba imponiendo y que en general, y con mayor o menor énfasis, se asimilaron con las posesiones demoníacas.

Terminábamos el capítulo anterior aludiendo a los *daemones* y a su naturaleza y características en el marco del pensamiento clásico; pues bien, en el imaginario judeo-cristiano esos *daemones* se convirtieron en ángeles y demonios. Los primeros ejercían una función protectora, de guía, o de mensajeros del único Dios; pero los segundos no fueron sino espíritus malignos que poseían el cuerpo de los hombres y de las mujeres, llevándoles a la locura y a la perdición de su alma.

Como sabemos, la Edad Media se suele dividir en dos periodos: la Alta Edad Media (siglos V al X), sin una clara diferenciación con la Antigüedad tardía, y la Baja Edad Media (siglos XI al XV), más próxima a la renovación cultural que supuso el Renacimiento y la Edad Moderna. Para el caso que nos ocupa, el de la historia de la locura, la aparición de la medicina escolástica, a finales del siglo XI y comienzos del XII —cuyo referente fundamental fue la escuela de Salerno y, más tarde, las de Montpellier, Bolonia y Padua—, bien puede marcar la línea divisoria de ambos periodos medievales. Veamos a continuación las distintas (o quizá no tanto) maneras de entender la locura y de actuar sobre ella en estos dos grandes periodos históricos.

La locura y los padres (y alguna madre) de la Iglesia

Durante la Alta Edad Media resulta obligado referirnos a Isidoro de Sevilla, uno de los autores más influyentes de su tiempo. Arzobispo de Sevilla en la época visigótica, en el tránsito del siglo VI al VII, fue posteriormente proclamado doctor de la Iglesia y canonizado. Sus *Etimologías* son consideradas como una gran enciclopedia que recoge el conjunto del conocimiento de la época. El libro cuarto de esta magna obra, dedicado a la medicina, establece una división de las enfermedades en *agudas* y *crónicas*. Entre las primeras, definidas como aquellas que "pasan pronto o te matan", aparecen dos trastornos mentales: el *frenesí*, que consiste en una perturbación con agitación y demencia, y el *letargo*, que cursaba con "opresión del cerebro con olvido y sueño perenne como el del que duerme profundamente". Entre las enfermedades crónicas agrupa la epilepsia, la manía y la melancolía.

Se trata, como hemos visto en el capítulo anterior, de términos y conceptos que proceden de la tradición hipocrático-galénica y que explican las enfermedades y los desórdenes físicos y psíquicos a partir de alteraciones o desequilibrios humorales. Su exposición es, sin embargo, tosca y fragmentaria, y refleja el empobrecimiento conceptual que la medicina altomedieval sufrió con respecto a la de la Antigüedad clásica. Sin embargo, otro grupo de trastornos mentales y del comportamiento rara vez llegaron a la jurisdicción de los médicos. Un ejemplo interesante es el de la

acedía, un estado de abatimiento e indiferencia propio de monjes y otros religiosos que se aislaban del mundo. Frente a anacoretas y eremitas, la vida comunitaria de los monasterios —también aislada del mundo, pero con jerarquías y reglas claras de convivencia en su interior— permitía vigilar, proteger o castigar, según los casos, a los monjes cuya soledad no los acercaba a Dios, sino que los conducía a un estado dominado por la indolencia, el aburrimiento, la torpeza, el hastío, la dejadez y otros sinónimos que invariablemente se interpretaban como flaqueza de espíritu. La *acedía* es un buen ejemplo de cómo enfermedad y pecado fueron de la mano durante siglos. Ya no es que determinadas enfermedades corporales fueran atribuidas a castigos divinos, como consecuencia de los pecados cometidos por el individuo que las padecía o, incluso, por sus padres o antepasados. En este caso se producía una verdadera confusión conceptual que fue objeto de debates entre los doctores de la Iglesia a lo largo de prácticamente todo el periodo medieval. Esta particular tristeza del monje, ¿era una forma especial de melancolía, o, por el contrario, se trataba de un vicio grave? El pecado mortal consistía en que el monje en cuestión no encontraba ningún deleite o complacencia hacia las cosas espirituales y, por tanto, perdía todo interés por agradar a Dios o por llegar a la perfección a través de la oración. Pero su abandono no se traducía en *colgar los hábitos* y salir al mundo dejando atrás su antigua vida, sino que entraba en un estado de tristeza y desesperación. Este dilema entre enfermedad o pecado a propósito de la *acedía* puede rastrearse en numerosos escritos eclesiásticos —no tanto en los médicos— y, aunque parece que finalmente fue reconocida por algunos como una dolencia psíquica, no cabe duda de que, en la enumeración de los siete pecados capitales, la pereza aparece como secuela o consecuencia directa de la *acedía* medieval.

Aunque de naturaleza muy distinta, otro ejemplo muy característico de este tipo de trastornos interpretados a la luz de creencias religiosas, cuando no mágicas o místicas, fue la *enfermedad del útero errante*. Denominada *histeria* por los médicos hipocráticos, y asimilada entonces a la abstinencia o a la insatisfacción sexual, la *sofocación uterina*, como también se la llamó, fue considerada en la Edad Media exclusiva de mujeres vírgenes, viudas o de aquellas cuyo flujo menstrual se encontrara suprimido. Las prácticas *terapéuticas* que pretendieron intervenir sobre la mujer histérica se alejaron de la medicina para aproximarse, como ya hemos apuntado, a las

creencias religiosas. Así, la receta contra el *dolor de matriz*, encontrada en un códice del siglo XI, recoge en realidad el texto de un exorcismo dirigido a controlar el *útero errante*. Aunque perviven algunas nociones médicas y anatómicas procedentes de la tradición médica clásica, se hace alusión a la *matriz demoníaca* y al empleo del conjuro como único remedio, lo que permite suponer que eran los clérigos los que intervenían en este tipo de dolencias, afrontando el problema como un caso de posesión demoníaca. Tras invocar la ayuda de Dios, los nueve órdenes de ángeles, la Trinidad, los patriarcas, profetas, apóstoles, mártires, confesores, vírgenes y santos, el exorcismo exigía la siguiente invocación: "Te conjuro, ¡oh, matriz!, por nuestro señor Jesucristo, que anduvo sobre los mares con los pies secos, curó a los enfermos, ahuyentó a los demonios, resucitó a los muertos, cuya sangre nos ha redimido […] por él mismo te conjuro para que no dañes a esta sierva de Dios Nuestro, para que no ocupes su cabeza, ni cuello, ni garganta, ni pecho, ni oídos […] ni corazón […] ni entrañas, ni vejiga, ni muslos, ni piernas […]; sino que permanezcas quieta en el lugar que Dios te señaló, a fin de que esta sierva de Dios Nuestro recupere su salud".

Queda, pues, muy clara la concepción de ese útero que se puede mover en el cuerpo de la mujer, causándole un sinfín de molestias y alteraciones, pero sobre todo la naturaleza diabólica del órgano femenino relacionado con la reproducción y, no por casualidad, con la sexualidad y con la locura.

En buena medida, no solo la histeria fue despojada de su condición de enfermedad médica; las disquisiciones demonológicas se mezclaron, en otros casos, con modelos explicativos más científicos y dieron lugar a una mezcla de discursos y explicaciones heterogéneos. Si volvemos a la melancolía, aun aceptando que su causa era el desequilibrio humoral (el predominio de la bilis negra), se insistió en que los melancólicos eran más propensos a ser poseídos por espíritus malignos. En ocasiones, la reflexión llegó a ser incluso mucho más amplia, afectando a toda una humanidad melancólica. Así lo argumentaba nada menos que Hildegarda de Bingen (1098-1179), la respetada abadesa de Eibingen (en la actual Alemania): "En el momento en que Adán desobedeció el mandato divino, en ese mismo instante, la melancolía se coaguló en la sangre […] y de ahí la tristeza y la desesperación se elevaron. Ciertamente, cuando sobrevino la caída de Adán, el diablo insufló la melancolía, que torna al hombre tibio e incrédulo".

El poder simbólico del pecado original, como causa de los males de la humanidad, ha sido sobradamente repetido, pero no deja de resultar interesante la relación expresa que aquí se establece con la locura por excelencia, esa que atraviesa todas las épocas, que es la melancolía. La vida y obra de Hildegarda de Bingen transcurrió en la primera centuria del siglo XI; su sabiduría polifacética, desde la medicina hasta la música, convierten a esta "madre" de la Iglesia en una figura fascinante que ejerció una notable influencia a lo largo de toda la Baja Edad Media. Especialmente interesante resulta que toda su obra esté narrada como un relato de sus propias visiones, como si la inspiración divina la asistiera en todo momento. ¿Visiones proféticas, místicas, o simplemente alucinatorias? O, por el contrario, ¿hábil estrategia de una mujer culta en un mundo de hombres que recurre a una forma de expresión suficientemente alegórica o metafórica para adoctrinar a los fieles y para justificar su carismática escritura? Un caso más del enorme poder simbólico de la locura que con frecuencia trasciende los límites de la enfermedad y de la medicina.

La medicina escolástica

Como indicábamos al comienzo de este capítulo, la medicina escolástica, surgida en el tránsito del siglo XI al XII, introdujo novedades de gran calado en la medicina occidental. Llamamos escolástica al movimiento teológico y filosófico que intentó utilizar la filosofía grecolatina clásica para comprender la revelación divina en el cristianismo. Con este denominador común, que se basaba en la recuperación más o menos matizada de la obra de Aristóteles, las distintas escuelas (de ahí el nombre de escolástica) configuraron un panorama complejo, con primeras figuras como Anselmo de Canterbury, Tomás de Aquino, Alberto Magno o Guillermo de Ockham (el de la navaja), que surgió en la Edad Media y se mantuvo vigente hasta épocas posteriores.

Pues bien, es en este marco de pensamiento, en el que la medicina (escolástica) recuperó, tal como estamos diciendo, la tradición aristotélica e hipocrático-galénica, y con ellas, la noción de enfermedades de la mente. Sin embargo, esta recuperación se enriqueció notablemente por las aportaciones de las culturas bizantina y árabe que siguieron desarrollándose

en el Occidente cristiano. Así, los autores griegos y latinos (el *Corpus Hipocrático*, Galeno, etc.) fueron leídos y asimilados al mismo tiempo que los islámicos (Rhazes [865-925], Avicena [980-1037], Averroes [1127-1198], etc.) o los judíos (Maimónides [1135-1204]), representantes de una medicina que, al tener una clara orientación racionalista y apegada a los hechos, era capaz de mantener una cierta distancia con lo religioso. De este modo, se produjo una *medicalización*, por parte del galenismo medieval, de diversos trastornos psíquicos que hasta entonces habían tenido dificultades para entrar en la jurisdicción médica.

La *licantropía*, aparentemente desconocida por Galeno, había sido descrita como padecimiento mental en textos árabes, bizantinos y bajomedievales latinos. Se trataba de un trastorno que padecían las personas que se creían trasformadas en lobo y actuaban como tal: aullaban por la noche, merodeaban por los cementerios y atacaban a los rebaños e, incluso, a las personas. Como sabemos, la transformación de los seres humanos en animales es uno de los mitos más universales y está presente en el folclore y en la mitología de prácticamente todas las culturas. Las razones que se han dado sobre su existencia han sido, tradicionalmente, mágicas y sobrenaturales, desde explicaciones relacionadas con la transmigración de las almas hasta las más oscuras maldiciones. No insistiremos en el juego que el *licántropo* (el hombre lobo) ha dado como personaje literario o cinematográfico, pero lo que procede destacar aquí es que al menos desde Avicena, y después con los escolásticos, este mal aparece clasificado como dos especies de manía: la *manía lupina* y la *manía canina*, según el animal en el que la persona crea convertirse. En ambos casos, los afectados estarían dominados por un humor colérico (con predominio de la bilis amarilla) o melancólico (con predominio de la bilis negra). La explicación naturalista se va imponiendo así sobre la creencial.

El amor y la sexualidad ocuparon también, en el marco de la medicina escolástica bajomedieval, un espacio muy destacado como causa de desviaciones y trastornos mentales. El *amor heroico* fue un tema recurrente de discusión en el seno de la medicina universitaria latina al menos hasta el siglo XVI. Se consideraba que el factor anímico (los movimientos del ánima, según expresión de la época tomada de Galeno) desempeñaba un papel fundamental en la existencia de desequilibrios humorales: el amor heroico estaría provocado por un exceso de bilis negra (la melancolía

nuevamente), pero surgía cuando un individuo quedaba prendado de una mujer que no correspondía a su amor. Para el escolástico Arnau de Vilanova (1240-1311), autor del *Tratado del amor heroico*, este trastorno se debía a un juicio erróneo de la facultad estimativa, es decir, la capacidad para valorar la realidad, lo que desencadenaría, a su vez, un estímulo de la imaginación que provoca la retención del objeto del deseo en la mente de la persona. Las contradictorias emociones ocasionadas por esta percepción placentera pero inalcanzable provocarían el sobrecalentamiento y la desecación corporal, y cerebral, dando lugar a una serie de síntomas: extenuación de los miembros, ojos hundidos, cara cansada, color amarillento de la piel, tristeza en ausencia de la persona amada y alegría por su presencia, sobresaltos del pulso ante la eventualidad de un encuentro con ella, suspiros profundos, etc. Así se llegó a definir, desde la medicina, las consecuencias de ese amor no correspondido, inalcanzable o imposible (mal llamado platónico), tan recurrente en la cultura occidental.

El tratamiento de este mal de amores, que podía terminar con la vida del individuo por *languidez*, consistía en medidas higiénicas, como baños, paseos, conversaciones con los amigos y todo aquello que distrajera al paciente y alejara sus pensamientos de la persona amada. Particular importancia tenía en estos casos la recomendación de practicar el *arte del coito* con otras mujeres “jóvenes y más aptas para el placer”.

También la histeria recuperó su estatuto de enfermedad. Una actualización del esquema galénico clásico, gracias a la influencia de la medicina árabe, ofreció una explicación que, alejándose de la versión de la *matriz demoníaca* antes comentada, argumentó la retención de la menstruación o del *semen femenino* como causa de *vapores* que, desde el útero, llegarían al corazón y al cerebro y producirían *sofocación interna.* Ante tales causas, el exorcismo ya no tenía razón de ser, aconsejándose sangrías o una dieta favorecedora de la menstruación; o bien, el matrimonio —pues las relaciones sexuales y los embarazos serían terapéuticos en sí mismos—, aunque también se llegaron a prescribir masajes y ungüentos vaginales.

De santas…

Sin embargo, a pesar de esta medicalización de los trastornos mentales que la medicina escolástica introduce, las tradiciones demonológicas perduraron. Durante la Baja Edad Media hubo una relativa permisividad hacia los rituales paganos, que llegaron a ser aceptados, a veces, por los propios médicos. El trato a los locos no fue especialmente represivo y, en general, era asumido por familiares, vecinos, o bien por algunas instituciones religiosas a través de las cuales se les proporcionaba alimentos y cuidados. No ocurría lo mismo en el caso de furiosos, frenéticos o maníacos agresivos, para los que siempre hubo jaulas, torres y otros tipos de encierro. Una experiencia muy particular y significativa es la que tuvo lugar en la aldea belga de Geel. Cuenta la leyenda que a finales del siglo VI, Dimphna, una princesa irlandesa convertida al cristianismo, huyó de su país en compañía de su confesor —un viejo y santo anacoreta llamado Gerebernus— para escapar de las proposiciones incestuosas de su libertino padre. Perseguidos y capturados en Geel —situada en la provincia de Amberes, en el camino hacia Roma—, y ante la heroica resistencia de la muchacha, el rey de Irlanda ordenó ejecutar a Gerebernus y decapitó personalmente a su hija. En aquel preciso instante, y ante la barbarie del acto, algunos locos presentes recuperaron la razón y, posteriormente, no fueron pocas las milagrosas curaciones que se pudieron observar ante la tumba de la joven virgen y mártir. A partir del siglo XII, y por razones no bien definidas, Geel se convirtió en un lugar de peregrinación; allí acudían muchas personas con desarreglos mentales con la esperanza de curarse. Dimphna fue ulteriormente canonizada y se construyó una iglesia en su honor a la que se adosó una *cámara de enfermos*, donde los pacientes tenían que estar recluidos nueve días antes de ser sometidos a un rito que consistía en pasar en cuclillas por debajo de un baldaquín, donde se colocó una urna con las reliquias de santa Dimphna, para ser exorcizados.

Dimphna se convirtió así no solo en la patrona de los locos, sino en un instrumento de curación, ya que si con su muerte heroica había logrado vencer al espíritu maligno que se apoderó de su padre inspirándole actos aberrantes, podría seguir venciendo a los demonios que se introducían en el alma de las gentes ocasionándoles la locura. Poco a poco, la costumbre de ver locos y convivir con ellos se fue arraigando y los canónigos de santa Dimphna fueron confiando a las familias de la ciudad los cada vez más numerosos enfermos no curados. Esta tradición, iniciada en la Edad Media,

se mantuvo en el tiempo y suscitó gran interés y debate entre los alienistas del siglo XIX, pues los locos que paseaban libremente por las calles de Geel, con el beneplácito de los vecinos, contrastaban fuertemente con los que eran sometidos al encierro en el manicomio. Más recientemente, la comunidad de Geel se ha considerado un antecedente de las colonias terapéuticas e, incluso, un ejemplo con el que ilustrar la necesaria integración de los servicios de salud mental en el resto de las estructuras sociales para superar el aislamiento, la estigmatización, la extrema dependencia y la pérdida de autonomía que el asilo produce.

… y brujas

Sin embargo, y aunque Geel se mantuvo como un paradójico islote, este clima de tolerancia se fue transformando progresivamente, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XV, a medida que la Iglesia católica se iba sintiendo acosada por cismas y herejías. La defensa del dogma y de las normas de la *fe verdadera* motivó la más dura reacción contra heterodoxias, creencias heréticas y, en buena medida, todo lo que atentara contra el poder y la estabilidad del poder eclesiástico romano.

La brujería dejó de considerarse como un residuo del paganismo, ligado a ritos populares inofensivos, y comenzó a ser duramente perseguida. La Inquisición, creada por Inocencio III en 1199, había ejercido sus funciones persiguiendo herejías y prácticas satánicas, pero es en el siglo XV, ya en las postrimerías de la Edad Media, cuando la persecución se extiende de manera espectacular. En 1484, Inocencio VIII declara una "guerra abierta a las brujas" en su bula *Summis Desiderantes Affectibus* (Deseando con la más profunda ansiedad). A partir de ese momento se reconoció la existencia de las brujas (que la Iglesia había negado hasta entonces) y se inició una persecución indiscriminada de todo aquel que fuera sospechoso de tener tratos con el diablo. Tras la bula papal, los dominicos Jakob Sprenger y Heinrich Kramer publicaron, en 1489, el famoso *Malleus Malleficarum* (Martillo de las brujas), obra que alcanzó más de treinta ediciones en los dos siglos siguientes y que no era sino una guía para la identificación y la caza de brujas. Así, se describen los modos en que se debía detener, interrogar, torturar y castigar a las brujas.

La brujería se convierte, pues, en una anormalidad personal y en una transgresión de los códigos sociales. En este sentido, su conexión con la locura resulta muy evidente, pero, además, no han sido pocos los autores que han apuntado la posibilidad de que algunas de las procesadas por brujería (casi siempre mujeres) podrían haber sido dementes, epilépticas —las convulsiones se interpretaban como evidencias de posesión— o padecer algún trastorno psíquico cuyo delirio estuviera moldeado por las creencias o el clima social.

El acoso a la brujería, aunque se había iniciado a finales de la Edad Media, se mantuvo durante mucho tiempo, se extendió por toda Europa y, posteriormente, por el Nuevo Mundo. Todavía en el siglo XVII se produjeron importantes persecuciones, entre las que cabe destacar los episodios de las brujas de Salem (en el estado norteamericano de Massachusetts) y de las brujas de Zugarramurdi en Navarra. En este caso, sin duda el más famoso de la brujería no solo vasca sino española, el informe que el humanista Pedro de Valencia presentó al inquisidor general durante el auto de fe que tuvo lugar en Logroño a partir de 1610 especificaba que las actitudes y comportamientos de las encausadas parecían "más de locas que de herejes", exhortando a las autoridades a "examinar si los reos están en su juicio o son demoníacos, melancólicos o desesperados".

No podemos pasar por alto la importancia otorgada a la sexualidad y a su relación con todos estos aspectos. Si la experiencia y las manifestaciones del deseo sexual estuvieron presentes, de manera más o menos explícita, en algunos de los trastornos mentales más reconocidos, como, según hemos visto, el amor heroico o la histeria, cuya concepción tradicional estuvo ligada a la esfera sexual y reproductiva de la mujer, resulta fundamental la relación consustancial que se estableció entre brujería y prácticas sexuales. En el ya citado *Malleus Malleficarum* se describen con todo lujo de detalles las más variadas habilidades y experiencias sexuales de las brujas —consideradas concubinas del diablo—, hasta tal punto que la obra en cuestión llegó a ser considerada por algunos autores posteriores una especie de manual de psicopatología sexual. No se sabe muy bien si tan lascivos relatos se debían más a la imaginación de la brujas o de los clérigos que las interrogaban, pero el caso es que el trato carnal con Satanás era uno de los

elementos definitorios de su siniestra naturaleza y de donde emanaba todo su poder.

Las posesiones demoníacas tienen también una relación muy evidente con la sexualidad a través de las figuras del íncubo y el súcubo. Según las creencias populares medievales, los íncubos eran demonios masculinos que mantenían relaciones sexuales con mujeres, en general mientras dormían, para fecundarlas y tener así una descendencia proclive al mal; por su parte, los súcubos —la forma femenina de estos diablos— seducían a los hombres y absorbían su energía. Es interesante apuntar que el personaje de Lilith, la primera mujer de Adán expulsada del Paraíso por no mostrar sumisión ante el primer hombre, se fue convirtiendo, en el imaginario medieval, en la reina de estos demonios sexuales. El enorme simbolismo de estos personajes de leyenda sirvió para justificar determinadas anomalías físicas o psíquicas. Así, el retraso mental o las malformaciones corporales fueron atribuidos a los hijos nacidos de una humana y un íncubo, mientras que determinados cuadros de debilitamiento y deterioro mental y corporal en algunos hombres lo fueron al efecto continuado de la avidez sexual del súcubo.

En definitiva, la sexualidad ocupó un espacio indiscutible en la manera de interpretar lo demoníaco, pero también la enfermedad y, por supuesto, la locura. A lo largo de la Edad Media la Iglesia fue incorporando paulatinamente diversas medidas de control social que actuaron sobre la sexualidad de la gente: se promovió el culto a la virgen María para sustituir al de la diosa Tierra, que persistía bajo la forma de fiestas populares; se promulgó el celibato de los clérigos (el debate duró desde el siglo VI hasta el XI). Hay bastante unanimidad entre los historiadores en considerar que solo a partir del siglo XIII se confina la sexualidad al ámbito del matrimonio, condenando por primera vez tanto la homosexualidad como las relaciones fuera del vínculo nupcial santificado, y llegándose a patologizar y, sobre todo, a criminalizar cualquier práctica sexual que se saliera de ese canon. En este contexto, puede entenderse que las brujas fueran perseguidas por motivos religiosos pero también sexuales.

Finalmente, cabe destacar una última muestra de las íntimas relaciones entre las posesiones demoníacas, en sentido genérico, y la locura. Me refiero a las obsesiones. Desde un punto de vista etimológico, pero también conceptual, se estableció una diferenciación entre posesión (*possessio*) y

obsesión (*obssessio*, “asedio”). En la primera, la persona ya no es consciente de su situación, está vencida y conquistada por el demonio, que ejerce sobre ella un control absoluto. Sin embargo, en la segunda, la víctima es muy consciente de su comportamiento anómalo —que se imputa al ataque del demonio—, se siente asediada y resiste con todas sus fuerzas y con gran sufrimiento. De este modo, las posesiones demoníacas o los escrúpulos religiosos se interpretaban como formas más o menos evolucionadas de obsesiones, ligadas en general a la melancolía. Los rituales obsesivos, dominados por la duda entre la tentación y la culpa por el pecado, han sido descritos en innumerables ocasiones: fervor religioso muy intenso, abuso de prácticas religiosas, confesiones muy frecuentes, temor exagerado y obsesivo a los tormentos del infierno, etc. Se trata de síntomas cuyo poso cultural ha permanecido en el tiempo y ha llegado hasta nuestros días. En el siglo XIX dio lugar a diagnósticos como el de la *demonolatría* (la persona se cree poseída por el demonio y le rinde culto) y la *demonofobia* (temor constante a cometer pecados, a ser tentado por el diablo). Aunque en la actualidad se siguen comunicando casos con contenidos religiosos, las obsesiones han sido despojadas de este carácter y se interpretan a la luz de otras miradas como la neurosis obsesiva, según planteamientos psicoanalíticos, o como el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), desde presupuestos neurobiológicos, pero no deja de resultar significativo constatar la relación histórica y terminológica que estos cuadros mantienen con determinadas creencias y actitudes mantenidas en el tiempo.

CAPÍTULO 3

Lunáticos y melancólicos. Humores, vapores y enfermedades de los nervios en la Edad Moderna

La Edad Moderna fue un tiempo de novedades políticas y socioeconómicas muy profundas. El nacimiento del Estado moderno, la aparición de nuevas fuerzas sociales como la burguesía, el desarrollo científico y técnico y los grandes descubrimientos (el de América o el de la imprenta, entre otros), la irrupción del capitalismo, etc., dieron lugar a cambios culturales de gran calado que fueron modificando de manera paulatina la percepción que el ser humano tenía de sí mismo. Un proceso que, como sabemos, comenzó en el Renacimiento y culminó en la Ilustración con el triunfo de los llamados valores de la modernidad, como el progreso y la razón.

En lo que se refiere a la locura, como es lógico, a lo largo de los siglos XVI y XVIII se produce una evolución muy notable en la manera de entenderla y de intervenir sobre ella. Durante prácticamente todo el siglo XVI la locura continuó siendo competencia de exorcistas e inquisidores, aunque no siempre fue interpretada en sentido negativo. En términos generales, bien puede decirse que al menos hasta los primeros años del siglo XVII —recuérdense los episodios de Salem o de Zugarramurdi a los que nos hemos referido en el capítulo anterior— era frecuente relacionar los trastornos mentales, especialmente los estados melancólicos, con la posesión demoníaca y con la brujería. Sin embargo, y de manera casi simultánea, médicos y pensadores comenzaron a destacar el carácter natural de los trastornos mentales; algunos retomaron y actualizaron los principios de la medicina clásica, pero otros propiciaron una verdadera ruptura con las viejas doctrinas humorales e instauraron nuevos paradigmas que iniciaron todo un proceso que se desarrollará, con todas sus consecuencias, en épocas ulteriores: la transformación de la locura en enfermedad.

Como no podía ser de otro modo, estos cambios conceptuales, que explicaremos a continuación, tuvieron su correlación inmediata en la actitud social hacia la locura y los locos.

¿Reminiscencias medievales? Locura y creencia

Aunque las posesiones demoníacas, con sus más diversas variantes, constituyen el eje de la interpretación de los comportamientos anómalos desde una perspectiva religiosa, las posesiones divinas cobran en la época que nos ocupa un protagonismo muy particular. Una elaboración bastante detallada de esta cuestión fue la que realizó el neoplatonismo florentino.

En 1459, y bajo la protección de la familia Médicis, se fundó la Academia Platónica Florentina. Esta institución llegó a influir notablemente en el humanismo renacentista y pretendió, entre otras cosas, recuperar la obra de Platón —oponiéndose a la de Aristóteles— y hacerla compatible con el cristianismo. Pues bien, para este neoplatonismo cristiano, en la *locura sagrada* se distinguían cuatro categorías de *furor*: poético, místico, profético y amoroso, siendo todas ellas —siempre por mediación o inspiración divina— reflejo de una gran sabiduría. Especial interés tienen, en este contexto, las experiencias místicas de los santos. Teresa de Jesús o Juan de la Cruz, por poner ejemplos que provienen del imaginario cristiano aunque se trate de un fenómeno presente también en otras religiones, tuvieron vivencias y conductas acordes con esta locura sagrada. Las visiones, éxtasis, temblores, convulsiones e, incluso, automutilaciones que caracterizaban las experiencias místicas, por más que en épocas posteriores se interpretaran como síntomas histéricos o psicóticos, fueron considerados propios de personas tocadas por la mano de Dios y elegidas para llevar a cabo sus designios en la tierra.

Otros elementos creenciales y simbólicos estuvieron también presentes en ciertas convicciones populares sobre la locura. La llamada *piedra de la locura* era representada como un objeto material que era necesario extraer o expulsar del cuerpo. Se trata de reminiscencias de la medicina medieval que recomendaba sangrías y, sobre todo, trepanaciones craneales con el fin de liberar los malos vapores del interior del cerebro. Esta idea de la locura, como una cosa concreta (una piedra) que podía extirparse, se mantuvo

como creencia popular hasta bien entrada la Edad Moderna y dio lugar a una práctica bastante extendida: la extracción de la piedra de la locura por parte de curanderos y charlatanes que llevaban a cabo cirugías fingidas. Tras realizar una incisión más o menos profunda y aparatosa en el cuero cabelludo, hacían aparecer mediante un hábil juego de manos, y en presencia de numerosos curiosos, una piedra o guijarro que, supuestamente, había salido de la cabeza de la víctima. Existe una abundante iconografía sobre la extracción de la piedra de la locura que merece la pena recordar porque demuestra lo arraigada que estaba esta creencia, pero también las fuertes críticas que llegó a generar. La pintura flamenca de finales del siglo XV y del siglo XVI nos ofrece obras extraordinarias que reflejan esta singular práctica. Los cuadros de El Bosco (1450-1516), Pieter Brueghel el Viejo (1525-1569), Jan Sanders van Hemessen (1500-1566) o Pieter Huys (1519-1584) son una buena muestra de ello, de manera especial los de los dos primeros, pues, al estar repletos de elementos irónicos y sarcásticos, son los que mejor trasmiten que tales extracciones constituían maniobras propias de charlatanes y timadores. El Bosco fue también el autor del óleo titulado *La nave de los locos*, una alegoría crítica de la sociedad de su época en la que se reprochan con dureza los vicios y defectos del clero, asimilándolos a la necedad y a la locura. En este sentido, *La nave de los locos* puede relacionarse con el *Elogio de la locura* (1511), la obra en la que Erasmo de Rotterdam (1466-1536) se burla de las supersticiones, la estupidez y la corrupción de la Iglesia católica. En ella señala en tono satírico las ventajas de la locura sobre la razón y lo feliz que puede vivir el hombre en su necedad, en una locura de la que no se libra nadie, ni papas, ni reyes, ni médicos, ni filósofos.

En cualquier caso, y según la leyenda, la nave de los locos transportaba a los más extravagantes y molestos lejos de sus pueblos, condenados a navegar por los ríos hasta ser entregados al mar. Su simbolismo fue utilizado por Michel Foucault para iniciar su *Historia de la locura en la época clásica* (1961), uno de los libros más influyentes en la renovación de los estudios históricos sobre la psiquiatría y la locura.

Por lo demás, las peregrinaciones a lugares determinados, como al santuario de santa Dimphna en Geel —según relatábamos en el capítulo anterior—, las procesiones de danzantes o la existencia de santos capaces de curar la locura estuvieron, lógicamente, asociadas a interpretaciones de la

misma que no eran sino el producto de creencias populares medievales mantenidas en el incipiente mundo moderno.

Hacia el carácter natural de la locura

Junto a estos elementos creenciales surgieron algunos pensadores y médicos que comenzaron a destacar el carácter natural de la enfermedad mental. Un buen ejemplo de este desplazamiento es, sin duda, el que puede encontrarse en el humanismo renacentista y, concretamente, en las figuras de Luis Vives (1492-1540) y Huarte de San Juan (1529-1588). La obra psicológica del filósofo Luis Vives —amigo de Erasmo y de Tomás Moro— ofrece una visión naturalista y práctica de la vida psíquica, tanto en el ámbito normal como en el patológico, insistiendo en todo momento en la necesidad de medidas de asistencia pública que contemplaran la atención a los perturbados mentales. En *Del socorro de los pobres* (1525) recomienda que "siempre que sea posible la tranquilidad debe ser introducida en sus mentes porque es a través de ella como la razón y la cordura pueden volver".

Por su parte, Huarte de San Juan, en su *Examen de ingenios para las ciencias*, obra publicada en 1575, expuso una visión de la enfermedad mental fuertemente asentada en la biología. Para este autor, el *ánima* racional y sus funciones (entendimiento, memoria e imaginación) tienen su asiento en el cerebro. Cualquier desequilibrio de la mezcla humoral conllevaría la alteración de esas facultades racionales; así, "todos los humores de nuestro cuerpo que tienen demasiada humedad hacen al hombre estulto y necio". Del mismo modo, el exceso de calor produciría frenesí, manía y melancolía. Esta interpretación humoralista de la enfermedad mental, basada en el predominio de las cualidades contrapuestas (calor/frialdad; sequedad/humedad), tiene su origen, como es obvio, en la medicina griega clásica. Asimismo, considera Huarte que las facultades racionales tienen que ver directamente con la diferente complexión de cada individuo y, esta vez de acuerdo con Galeno, cree que dicha complexión depende de las semillas materna y paterna (de la herencia) y de los hábitos higiénicos que mantenga la persona. De los diferentes temperamentos posibles, solo hay uno sosegado y equilibrado, que sería el más idóneo para el desarrollo de las funciones racionales. Dicho temperamento *equilibrado*,

que puede adquirirse al nacer, difícilmente se conservaría a lo largo de la vida, debido a la influencia de los factores externos sobre la complexión humoral. De este modo, según Huarte, resultaría imposible poseer un estado de salud absoluta, sea física o mental, ofreciendo así una explicación biológica a la vieja idea cristiana que consideraba el mundo como una locura a los ojos de Dios.

Si Huarte representa la pervivencia de las doctrinas clásicas, adecuadas a las realidades sociales y políticas de su época, Paracelso (1493-1541) supone una cierta ruptura con esa medicina clásica. Este médico suizo, pero también alquimista y astrólogo, encarna una corriente muy heterodoxa en el marco del pensamiento renacentista, toda vez que se sitúa a caballo entre lo natural y lo creencial, entre la experiencia y la especulación. Paracelso considera que en el ser humano hay un cuerpo visible y otro invisible que le hace superior, libre y capaz de resucitar. El cuerpo visible estaría, a su vez, integrado por un cuerpo *animal* o elemental y un cuerpo *sidéreo* que hace posible el ánimo, la sabiduría y el arte. Como consecuencia de la discordancia entre el cuerpo animal y el sidéreo se producirían estados permanentes de alienación. Asimismo, existirían, según Paracelso, enfermedades espirituales producidas por la creencia o la superstición y que serían consecuencia del poder de la imaginación sobre las facultades mentales.

Paracelso clasifica a los enfermos mentales *permanentes* en las siguientes categorías: *lunáticos*, cuya enfermedad tiene su origen en la luna y cuyas manifestaciones se relacionan con las distintas fases de la misma; *insanos*, enfermos de nacimiento, bien por causa hereditaria, bien por alteraciones producidas durante la gestación; *vesánicos*, individuos que, debido a los excesos en la bebida o en la alimentación, han perdido la razón; y *melancólicos*, cuya inclinación a la locura se debe a una causa interna. En esta clasificación se mantiene la unidad entre macrocosmos y microcosmos, entre naturaleza y ser humano, que su autor defendía. Además de esta rudimentaria ordenación, describió otras alienaciones *transitorias*, como la *manía* (primaria o secundaria a otras enfermedades) y la *obsesión*, cuya causa estaría íntimamente relacionada con la posesión demoníaca.

Especial importancia tiene la alusión al *lunático*, pues nos introduce en una interpretación astrológica de la locura que, a su vez, recoge una tradición ancestral: la influencia de los astros sobre el temperamento y la

manera de ser de las personas. Ya hemos indicado, en un capítulo anterior, la relación que la melancolía guardaba con Saturno, pero es el influjo, el dominio de la luna sobre el ánimo y el carácter de los seres humanos, el que cobró un especial protagonismo a la hora de explicar determinadas manifestaciones de la locura. Como sabemos, las fases lunares han sido siempre asociadas a ciclos regulares; ya en la Antigüedad se observó y describió su relación con la amplitud y regularidad de las mareas y lo mismo ocurre con los ciclos menstruales en las mujeres. Pues bien, el astro de la noche sirvió también para ilustrar cambios de humor y de ánimo, así como ciertas formas de locura que no eran continuas, sino que se presentaban a intervalos, estando estos aparentemente conectados con las mencionadas fases lunares. Con todo, los días de luna llena serían los más propicios para la aparición de ataques epilépticos, para el aumento de la criminalidad o de otras manifestaciones mentales. Recuérdese, en este contexto, las transformaciones de los hombres-lobo, siempre en luna llena. Si bien numerosos estudios han descartado la relación de las fases lunares con los trastornos mentales de cualquier tipo, el término *lunático* se mantuvo hasta bien entrado del siglo XIX para designar tanto a los pacientes mentales como a los establecimientos reservados para ellos (asilos para lunáticos).

Vemos, pues, cómo Paracelso, innovador, polémico y heterodoxo, no se vio libre de rémoras mágicas o creenciales. Sus aportaciones en materia de patología mental se sitúan, como he apuntado, entre la creencia y la experiencia. Por un lado, señaló que la histeria era una alteración estrictamente psíquica y describió el *baile de san Vito*, al que consideró, en contra del sentir popular, consecuencia de causas naturales. Determinados trastornos neurológicos caracterizados por movimientos involuntarios vagamente comparables a un baile reciben en la actualidad el nombre de *corea* y pueden tener muchas causas: genéticas (la corea de Huntington); infecciosas (por ejemplo, la corea de Sydenham, secundaria a fiebre reumática), tóxicas, etc.

Sin embargo, por otro lado, Paracelso siguió apelando a fuerzas y poderes sobrenaturales para explicar las causas de la demencia o de las obsesiones y llegó a recomendar penitencia, oración y ayuno para determinados pacientes más necesitados de la fuerza de Cristo que de las habilidades de los médicos. Tampoco le tiembla el pulso cuando propone el

fuego para evitar que los enfermos se conviertan en "instrumentos del diablo" o cuando responsabiliza a las hechiceras de las tempestades y de las enfermedades, de la impotencia y de los abortos.

Esta abigarrada confusión entre el ámbito científico y los dominios de la magia y la religión se mantuvo todavía en la primera mitad del siglo XVII. En la importante, influyente y monumental obra de Robert Burton (1577-1640) titulada *La anatomía de la melancolía*, cuya primera edición data de 1621, se puede apreciar este entrecruzamiento de ideas, doctrinas e interpretaciones. Por un lado, Burton sigue apegado a las teorías humorales y describe una melancolía "fría, seca, espesa, negra y amarga", en la que la bilis negra supone un freno para los humores calientes, como la sangre o la bilis amarilla. Sin embargo, esta explicación naturalista de la enfermedad no descarta la posibilidad de que ciertos espíritus malignos actúen sobre los humores. Pero, por otro lado, lo que supone sin duda la aportación más interesante de este notable estudio es la propuesta de que la *ociosidad* es la causa principal de la melancolía. Este argumento permite elaborar un proyecto de ordenamiento y funcionamiento social —muy en la línea de la *Utopía* (1516) de Tomás Moro (1478-1535)—, en la que el trabajo obligatorio equivaldría a "prohibir la melancolía". Algunos autores han querido ver en esta proposición un primer apunte de lo que más tarde se llamaría terapia por el trabajo o laborterapia. En todo caso, el consejo a las clases dirigentes de "no estar demasiado retraídos ni ociosos" contrasta con la admonición para las clases populares, que deben ser vigiladas y controladas para evitar su desidia e indolencia. Prevenir la melancolía en los pobres pasaba por hacerles trabajar. Los tiempos estaban cambiando.

Una nueva medicina

Durante el siglo XVII, coincidiendo con el importante papel desempeñado por el racionalismo cartesiano, se desarrollaron interpretaciones sobre la enfermedad y la locura que se alejaban de los postulados humorales de la medicina clásica. El dualismo de Descartes (1596-1650) supone un punto de referencia ineludible para algunos de estos desarrollos. Para este filósofo, la realidad del hombre es la armoniosa composición de un cuerpo y un espíritu; dicha concordia entre las operaciones del espíritu y los

movimientos del cuerpo se debería al cuidado de Dios y a la comunicación entre los espíritus animales, que regirían la sensibilidad y el movimiento.

En el marco de esta visión cartesiana surgió la *iatrofísica* o *iatromecánica*, corriente de pensamiento médico para la que el cuerpo humano es una especie de máquina que funciona respondiendo a leyes mecánicas e hidráulicas. La enfermedad mental (o nerviosa) sería, para los iatrofísicos, la expresión de las alteraciones de las cubiertas encefálicas; así, la contractura de las meninges enlentecería la circulación sanguínea en el cerebro y daría lugar a diversas manifestaciones como letargo, cefaleas, vértigo, delirios, insomnio, melancolía, etc.

Por su parte, la *iatroquímica* consideró que las funciones vitales eran el resultado de procesos químicos. Los dos conceptos fundamentales de esta orientación médica fueron la *fermentación*, entendida como la transformación material de orden químico, y la *fuerza vital*, entendida no como impulso mecánico, sino como principio animador. Thomas Willis (1622-1675) es el autor que mejor representa la modernidad iatroquímica en relación con los trastornos mentales. Para Willis el cerebro era el órgano del movimiento voluntario, y el cerebelo, del involuntario. La idea de que las funciones racionales tenían su asiento en el cerebro y de que las alteraciones anatómicas de dicho órgano repercutirían directamente en ellas motivó el desarrollo de una mentalidad localizacionista, que se mantuvo en épocas posteriores y que intentó encontrar en las autopsias las lesiones anatómicas supuestamente responsables de la sintomatología presentada por los enfermos.

Frente a los iatrofísicos y los iatroquímicos, los *vitalistas* desarrollaron una nueva interpretación de la enfermedad mental. Georg Ernst Stahl (1660-1734) consideraba al hombre integrado por un cuerpo u organismo que había sido *vivificado* o tonificado por un ánima, razón por la que las enfermedades mentales podían ser de origen orgánico o de origen anímico; estas últimas se corresponderían con las pasiones alteradas y las emociones, y en ellas, el trastorno fundamental estaría en el ánima. Por esta razón propuso una modalidad específica de tratamiento anímico, pero, además, fue un precursor de la distinción que mucho más tarde se estableció entre lo que se llamó psicosis endógenas (es decir, la enfermedad mental propiamente dicha) y las enfermedades orgánicas, que en su transcurso podían presentar síntomas o alteraciones psíquicas.

Finalmente, junto a iatromecánicos, iatroquímicos y vitalistas, resulta ineludible referirnos a las aportaciones del empirismo clínico representado por Thomas Sydenham (1624-1689). Conocido como el "Hipócrates inglés", fue el creador del concepto de *especie morbosa*, definida como un conjunto de síntomas y signos constantes y peculiares de cada modo de enfermar, que se repiten en la mayoría de los pacientes y cuya evolución era característica y previsible. Asimismo, propuso una nueva manera de clasificar las enfermedades, basada en rigurosos criterios de observación clínica, que se alejaba definitivamente del galenismo y de las doctrinas humorales. En 1682 describió la histeria como una especie morbosa que podía afectar tanto a las mujeres (histeria en sentido estricto) como a los hombres (hipocondría), considerando que el mecanismo de producción no dependía del útero sino, de acuerdo con Willis, del sistema nervioso.

Tanto Willis como Sydenham ofrecieron una visión *moderna* de la patología mental que merece ser nuevamente destacada. Con ellos, tanto los saberes acerca del sistema nervioso (Willis) como los conocimientos sobre las enfermedades y sus síntomas (Sydenham) adquirieron un carácter específicamente moderno: la idea de un principio unitario regulador de la fisiología nerviosa, y las nuevas clasificaciones constituyeron, sin ninguna duda, novedades radicales frente al viejo y rancio galenismo. Sin embargo, estas innovaciones se fueron asimilando, durante las décadas siguientes, de una manera lenta y paulatina, pero no exenta de dificultades y resistencias.

Las enfermedades de los nervios

Con todo, el concepto de *enfermedad nerviosa* cristalizó definitivamente en el siglo XVIII a través de la publicación de un buen número de monografías de autores británicos y franceses. Resulta interesante constatar que una serie de términos utilizados para designar este tipo de trastornos fueron desechándose por inapropiados; así el *spleen*, que indicaba el origen esplénico (en el bazo) atribuido a la hipocondría (histeria masculina con o sin componente melancólico). Poco a poco se fue afianzando en la literatura médica anglosajona la expresión *enfermedad nerviosa* e, incluso, surgieron neologismos, nuevos términos, como *neuropatía* o *neurosis*, que permitieron expresar con más propiedad la nueva noción. No obstante, en el

ámbito francés, aun aceptándose el enunciado *enfermedad nerviosa*, continuaron vigentes denominaciones más antiguas, especialmente la de *vapores*. Más allá de matices terminológicos, el núcleo de las especies morbosas que se encuadraban dentro del concepto *enfermedad nerviosa* estaba constituido por la histeria y la hipocondría, en línea directa con la caracterización que, años antes y como hemos visto, había hecho Sydenham. Ya en el último tercio del siglo XVIII, William Cullen (1710-1790) convirtió las enfermedades nerviosas o *neurosis* en una patología propiamente dicha, reafirmando su dependencia exclusiva del sistema nervioso.

Así pues, queda patente que durante los siglos XVII y XVIII se fue produciendo un cambio importante en la concepción de la locura que culminó en su total secularización. Se trata de un proceso complejo en el que podemos distinguir, al menos, los siguientes elementos. En primer lugar, un marcado alejamiento de aquellas interpretaciones amparadas en creencias religiosas que asociaban la locura con herejías, posesiones demoníacas o iluminación divina. En segundo lugar, el inicio de un proceso de medicalización, haciéndola sinónimo de *enfermedad*. Finalmente, en tercer lugar, y de manera casi paralela, se asiste también a la criminalización y judicialización de la locura como tal. Este cambio de orientación conceptual trajo consigo consecuencias muy importantes en la actitud social hacia la locura, ya que se dejó de considerar al loco como un insensato, un *inocente*, para en adelante ser visto como un individuo que atentaba contra el orden social, un ser moralmente reprensible, cuando no peligroso e inquietante.

Esta nueva visión de la locura acabó siendo asumida por la población en general, pero también, y sobre todo, por los médicos y por los letrados de los Tribunales de Justicia o del Santo Oficio. Las *locuras parciales* que, como veremos, tanto debate suscitaron en el siglo XIX entre médicos y juristas, comenzaron a protagonizar con cierta frecuencia los procesos de la Inquisición. El protomédico de Roma y de los Estados Pontificios Paulo Zacchias (1584-1659), consultor del Tribunal de la Rota y autor de *Quaestiones medico-legales* (1621-1635), ejerció una influencia decisiva en este tipo de acercamientos forenses a la locura. En dicha obra discute el viejo principio del Derecho romano según el cual aquel que haya sido atacado de furor o demencia es presuntamente furioso o demente para

siempre y se plantea problemas como la simulación o los intervalos lúcidos, sentando ciertas bases del peritaje médico-legal.

Algunas sentencias inquisitoriales del siglo XVIII, claramente influidas por la obra de Zacchias, permiten hacernos una idea de las características que se atribuían a la locura en función del mayor o menor respeto que la persona tuviera a las normas sociales: “El despreciar lo que es digno de aprecio; estimar lo despreciable; no temer lo que es temible y horroroso, desear lo adverso y que debe huirse; y no solo no avergonzarse algún sujeto en presencia de aquellas personas delante de las cuales debe estar lleno de vergüenza y confusión, sino antes bien mantenerse a la vista de ellas con temeridad y atrevimiento son ciertísimas señales de demencia”.

Como puede verse, los criterios para el diagnóstico de locura (de enfermedad mental) aparecen aquí demasiado mediatizados por unas normas sociales firmemente establecidas. Como se desprende del texto antes citado, la falta de rubor, vergüenza y, en suma, de arrepentimiento se convierten en signos utilizables para la discriminación médica de la locura. Una locura que será, y así se define en algunas sentencias inquisitoriales, *voluntaria* y *culpable*. Se inicia así una visión moral de la locura cuyo origen debía buscarse en la descarriada vida de quienes la padecían y en un equivocado comportamiento que era preciso corregir.

Durante el Antiguo Régimen, tanto en el ámbito legislativo como en la práctica social, la locura era un *asunto de familia*. El loco era aislado y custodiado por su familia o por sus vecinos, y solo cuando esas redes domésticas fallaban o cuando se trataba de insensatos furiosos o violentos, tenía cabida la intervención externa y su reclusión en instituciones de acogida que, según los casos, podían ser hospitales, cárceles, conventos, casas de trabajo, etc. Los locos, o supuestos locos, eran conducidos a dichos establecimientos, bien a petición de sus familiares, bien como consecuencia de la recogida de vagabundos ordenada por las autoridades públicas, y se les internaba sin procedimiento alguno. El edicto promulgado por Luis XIV en 1656, con el que se pretendía limpiar las calles de París y de otras ciudades de indigentes y vagabundos, tiene una gran importancia histórica porque es en ese momento cuando se inicia lo que Foucault denominó el *gran encierro*. Pobres, vagabundos, prostitutas… pero también locos, débiles mentales e idiotas (según la terminología de la época) o epilépticos

fueron recluidos, sin juicio previo, en el llamado Hospital General, que se convirtió en uno de los grandes baluartes del absolutismo monárquico.

Sin embargo, es sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XVIII cuando la locura fue separada con toda claridad de la cordura, y, además, dejará de ser considerada *inocente*. La insensatez, los comportamientos *desviados*, las costumbres *depravadas*, los hábitos *lascivos* y, en definitiva, las desviaciones de la norma social terminarán por ser trasformados en *errores* de juicio susceptibles de corrección e, incluso, de castigo. La intervención sobre una voluntad errada que debe reencontrar el camino para vivir sanamente en sociedad y la necesidad de convencer al loco de su error son, en muy buena medida, la base del *tratamiento moral* que, inspirado por un amplio movimiento filantrópico ilustrado, se desarrollará hasta bien entrado el siglo XIX.

CAPÍTULO 4

Lo otro de la razón. La medicalización de la locura

Terminábamos el capítulo anterior aludiendo al llamado *gran encierro*; es decir, al proceso iniciado en el siglo XVII, y que se mantuvo durante el XVIII, por el cual la locura queda confinada en el silencio, en la animalidad, en la sinrazón. Razón y locura se convierten, así, en dos extremos incompatibles e irreconciliables, pues no en vano la *razón* moderna se instituye precisamente por exclusión de la locura. Una locura que pasa a ser definida como *lo otro de la razón*. Aunque la tesis del *gran encierro*, formulada por Michel Foucault, ha sido discutida y no parece aplicable a contextos geográficos o sociales en los que la gestión familiar y vecinal de la locura estuviera muy arraigada, lo cierto es que son numerosos los documentos que nos han dejado una desgarradora constancia de la penosa situación de los locos que sufrían encierro institucional. Recuérdese, por ejemplo, la desnudez y el hacinamiento de los locos representados por Goya tanto en el *Corral de locos* (1793) como en la *Casa de locos* (pintado entre 1812 y 1819); pero especialmente esclarecedor es el contenido de un informe elaborado por el inspector general de Hospitales y Prisiones de Francia fechado en 1785: "Miles de lunáticos son encarcelados sin que a nadie se le ocurra aplicarles el menor remedio. A los que están medio locos se les mezcla con los que están totalmente trastornados, a los violentos con los pacíficos; a algunos se les encadena, mientras que otros andan libres por la prisión. Por último, a menos que la naturaleza venga en su ayuda sanándolos, sus sufrimientos duran toda la vida, porque desgraciadamente la enfermedad no mejora, sino que se agrava".

Las revoluciones burguesas de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX iniciaron el proceso por el que se llegó al final del Antiguo Régimen. En Francia, la toma de la Bastilla simbolizó este crucial momento histórico, pero la Revolución acabó también con el Hospital General, otro de los

grandes baluartes del absolutismo en el que se encerraban y encadenaban, entre otros, a numerosos individuos etiquetados de locos. Es en este contexto en el que se sitúa el gran *mito fundacional* de la psiquiatría. La liberación de los locos de sus cadenas ofrece la imagen, el icono más característico y repetido del nacimiento de una medicina mental que, en el marco de un amplio movimiento filantrópico, propició un nuevo cambio de actitud hacia la locura.

La liberación de los locos y el tratamiento moral

"La mujer con cara de alucinada permanecía inmóvil, como dejándose hacer. Jean Baptiste (Poussin) pugnaba trabajosamente por desenganchar el cierre del grillete que sujetaba su cintura. La maniobra era observada de cerca por el doctor Pinel, que intentaba mantener su porte de patricio mientras una mujer besaba con húmeda veneración el dorso de su mano y un agente del gobierno jacobino le susurraba al oído preguntándole, una vez más, si aquello de 'liberar al loco de sus cadenas' era, después de todo, una buena idea. Al fondo, la algarabía, los gritos, la confusión habituales en el patio del asilo para locas de La Salpêtrière."

Así podría narrarse, brevemente, la escena con la que el pintor Tony Robert-Fleury (1837-1912) representó el mítico acto de *liberación* protagonizado por Philippe Pinel (1745-1826) durante la Revolución francesa. Aunque ambientado en 1795, el famoso cuadro, titulado precisamente *Pinel liberando a las alienadas de La Salpêtrière*, fue pintado en 1878; es decir, muchos años más tarde de aquellos supuestos sucesos. No sabemos si la cosa fue realmente así, pero no cabe duda de que este mítico gesto se ha asociado al momento en el que, junto a la humanización del trato a los locos, empezó a considerarse la locura como una enfermedad y, por tanto, como algo susceptible de una comprensión científica y de un tratamiento médico. De este modo, la locura, *lo otro de la razón*, pasó a ser objeto de un proceso de medicalización sin precedentes que coincidió con novedades políticas, científicas y sociales surgidas con el fin del Antiguo Régimen. Un proceso en el que el loco, convertido en ciudadano, obtendrá un nuevo estatuto antropológico que puede resumirse en tres puntos fundamentales: en primer lugar, su encierro ya no será arbitrario, como

cuando era recluido en el Hospital General y cargado de cadenas, sino que precisará de un régimen de legalidad; en segundo lugar, nuevos agentes sociales (jueces, procuradores, médicos, etc.) se ocuparán de intervenir en la regulación de la locura y de los locos; y en tercer lugar, como ya hemos indicado, el enajenado será considerado un enfermo susceptible de un tratamiento (el tratamiento moral) en una institución apropiada (el manicomio).

Sin embargo, al menos durante algún tiempo, la noción de locura siguió siendo más filosófica que médica y, en cierto modo, permaneció fiel a la idea cartesiana del dominio de la razón sobre la materia. Los hijos de la Ilustración entenderán la razón como la "facultad que la naturaleza ha provisto a cada hombre para conocer la verdad", de modo que otras operaciones o facultades del alma (la memoria o la imaginación, por ejemplo) estarían siempre supeditadas y ordenadas precisamente para que la *razón* pueda reconocer la *verdad*. Las ideas equivocadas o las pasiones desordenadas contribuirían a la *pérdida de la razón*, esto es, a la locura; y el tratamiento moral se convirtió en la modalidad terapéutica aplicada en los manicomios por unos nuevos expertos (los alienistas), que pretenderán, precisamente, devolver la razón a los que se han alejado de la verdad.

Se produce, además, un cambio terminológico, que también es conceptual. La sustitución de *loco* o de *insensato* (carente de sentido) por *alienado* (extraño, extranjero). Este paso de loco a alienado (o enajenado) indica una ruptura radical con las visiones pretéritas de la locura: el alienado es un *extranjero de sí mismo* que conserva, no obstante, un núcleo inalienable de humanidad, gracias al cual se podrá establecer algún tipo de relación *transferencial* que permita desarrollar una terapia, el referido tratamiento moral. En suma, lo más importante de este proceso es que Pinel llegó a establecer una diferenciación clara entre locura (concepto social y cultural) y alienación mental, noción mediante la cual los trastornos mentales entraron de lleno en la jurisdicción del médico.

Para Pinel, el tratamiento moral estaba basado, entre otras cosas, en la *dulzura* (la amabilidad) como una prioridad absoluta en el trato al alienado; pero también en la autoridad indiscutible del alienista, cuyos consejos o amonestaciones debían ser obedecidos. Solo así se podría, mediante el hábil manejo de las pasiones, combatir y destruir la idea delirante. En realidad, el tratamiento moral tenía unas raíces populares que no pueden obviarse, y que

practicaban empíricos, religiosos o personas conocedoras de los efectos del consuelo moral. El propio Pinel entró en contacto con este modo de acercamiento al loco a través de las prácticas del celador Pussin, por eso la verdadera novedad que el médico aportaba era la de situar dicho tratamiento en las coordenadas del pensamiento científico y racional. Otras experiencias similares —como la que desarrolló la familia Tuke en el Retiro de York— tuvieron, al menos en un principio, una dimensión más religiosa (de inspiración cuáquera) que médica, con la que pretendían, igualmente, la agitación subjetiva del paciente y su interiorización del elemento moral.

Hoy se sabe que todo este proceso no se produjo solamente en Francia y que Pinel no fue su único artífice. Muchos de sus contemporáneos: William Battie (1703-1776) en Londres, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) en Florencia, William Tuke (1732-1822) en York o Joseph Daquin (1732-1815) en Chambèry desarrollaron en sus respectivas instituciones y establecimientos una labor médica y humanitaria que, desde luego, no puede atribuirse a nadie en exclusiva. En todo caso, para poner en práctica los principios del tratamiento moral era condición indispensable el aislamiento del paciente de su medio social y familiar y su confinamiento en unos asilos fuertemente jerarquizados. Está claro que en esta relación desigual entre alienista y alienado, en la que todo el poder estaba en manos del primero, podían surgir desajustes, de modo que el empleo sistemático de las palabras bondadosas o la *persuasión por el razonamiento* no siempre resultaran suficientes para conseguir los resultados apetecidos. La dulzura podía entonces tornarse en represión, coerción e intimidación. Era la otra cara de un tratamiento moral que llegó a sufrir una regresión doctrinal muy importante al prescindir de los cuidados morales individualizados para llegar a la instauración del *temor como medio de curación*. A la larga, el tratamiento moral se convirtió en un método disciplinario y coercitivo que, en su intento de sacar al loco de su *error*, recurrió a medidas de contención y de represión que acabaron desvirtuando los primeros planteamientos de los filántropos.

Organicismo, cronicidad y degeneración

Sin embargo, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX tuvo lugar un proceso mediante el que la locura acabó considerándose el producto de una lesión orgánica y no el resultado de anomalías en la esfera de las ideas o de las pasiones. No en vano, en los años centrales del ochocientos se producen cambios importantes en las condiciones de la observación clínica y en el conocimiento de las ciencias biológicas que acabaron determinando variaciones significativas en la consideración sobre las causas de la enfermedad mental, así como en su pronóstico y terapia. La sala de autopsias se convirtió en el gran aliado del alienista, contribuyendo a la aceptación de la lesión del sistema nervioso como origen primordial de la enfermedad mental.

Como ya hemos visto, el tratamiento moral se basaba en considerar al loco como un sujeto recuperable —susceptible de curación— mediante el manejo de sus pasiones. Esta concepción *psicologista* de la locura, que llegó a justificar las más duras medidas morales intimidatorias y coercitivas capaces de hacer que el loco reaccionase y se encontrase de nuevo con la razón, constituye su soporte teórico y explica su aplicación práctica. Al reconocerse su origen orgánico, dejó de ser necesaria la *moralización* del loco y, por tanto, el tratamiento moral, con su estricto régimen disciplinario, sus intimidaciones y hasta sus torturas, perdió su razón de ser. Resulta interesante tener en cuenta esta circunstancia, porque la mayoría de los psiquiatras *organicistas* fueron, en un principio al menos, médicos progresistas que, comprometidos políticamente con las revoluciones proletarias de 1848, plantearon las primeras críticas al manicomio y al tratamiento moral siendo, en muchas ocasiones, reformadores profundos de las instituciones. Es célebre, a modo de ejemplo, la anécdota que protagonizó el alemán Ludwig Meyer (1827-1900), director del asilo de Hamburgo, cuando subastó públicamente los aparatos de *tortura* terapéutica que se utilizaron en el manicomio durante el primer tercio del siglo.

Sin embargo, ese movimiento organicista, esperanzador al principio, cuando quiso evitar la tortura y la intimidación, terminó resultando muy negativo, pues, al colocar al alienado en el biologismo y en el determinismo más absoluto, hizo que el pesimismo antropológico y el fantasma de la incurabilidad planearan sobre los manicomios, sumiéndolos en el más lamentable de los abandonos. Se dejó de torturar y de intimidar sistemáticamente a los pacientes a cambio de considerar, a una gran

mayoría, como *irrecuperables*, como verdaderos *residuos sociales* susceptibles de encierro permanente. El tratamiento moral había fracasado, aunque el manicomio como institución totalitaria se mantuvo con una muy devaluada vocación terapéutica y con un claro reforzamiento de su papel de control y defensa social. Fracaso que, como acabamos de indicar, se relaciona directamente con la consideración *corporal* de la enfermedad mental; esto es, con la identificación en el sistema nervioso de una patología orgánica.

Ahora bien, esta condición de *depósito de crónicos* que acaban teniendo los establecimientos psiquiátricos desde los años centrales del siglo XIX tuvo que ver también con su propia gestión y funcionamiento. Los asilos para locos desempeñaron una función social compleja, imposible de analizar profundamente en estas páginas; ya se consideren como instituciones terapéuticas, ya como instituciones de control social, lo cierto es que su funcionamiento real dependía de una *economía cerrada*, caracterizada por el autoabastecimiento y por escasos intercambios con el exterior. Pero, además, muchos manicomios reprodujeron un viejo modelo de explotación agrícola, anacrónico en una sociedad en pleno desarrollo industrial, que solo podía subsistir con una mano de obra abundante y poco costosa; es decir, con un número de internos suficiente y con capacidad *técnica* para sacar adelante la producción. Era necesario, en definitiva, que los pacientes permaneciesen durante largo tiempo en el manicomio, ya que las estancias breves resultaban poco rentables para el establecimiento. Si los enfermos pensionistas (de pago) no podían, habitualmente, permitirse ingresos demasiado prolongados y eran reclamados con frecuencia por sus familiares, la duración de la estancia de los enfermos indigentes dependía exclusivamente del médico-director.

La cronicidad se manifestaba con toda su crudeza en este tipo de asilos poblados por locos pobres, situados en el medio rural —aunque su situación en el campo ya no se justificaba por razones terapéuticas, sino de rentabilidad— y al margen del desarrollo de la medicina que se estaba produciendo en los hospitales generales ubicados en la ciudad. Esta condición tendió a ocultarse y un saber teórico manipulado —la descripción de los delirios crónicos, por ejemplo— vino a afirmar que la cronicidad era una característica esencial de la psiquiatría, idea que se ha mantenido prácticamente hasta nuestros días.

Patología constitucional y hereditaria, causas físicas, localización cerebral, etc., eran también formas de soslayar, bajo pretendidas razones científicas, los evidentes motivos sociopolíticos y económicos que intervenían en la génesis del alcoholismo, la criminalidad y no pocas formas de patología mental a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX. La teoría de la *degeneración* formulada en 1857 por el alienista francés Bénédict Augustin Morel (1809-1873) constituyó, sin duda, una pieza clave en la construcción de todo este discurso sobre la enfermedad mental. El loco ya no era solo el que se situaba en *lo otro de la razón*, sino que era, directamente, *el otro*, el diferente, el peligroso. Si el etnocentrismo europeo consideró al resto de las culturas no occidentales como persistencias del pasado, lo mismo ocurrió con los individuos que habían degenerado del tronco primigenio de la humanidad. No parece una casualidad que John Langdon Haydon Down (1828-1896) describiera en 1866 el síndrome que lleva su nombre con el término *mongolismo* (idiocia mongoloide), en clara alusión a la supuesta semejanza facial con los integrantes de las tribus nómadas del interior de Mongolia, considerados inferiores y degenerados.

No puede olvidarse, en este sentido, que alrededor de la publicación de *El origen de las especies* de Charles Darwin, en 1859, la sociedad europea y norteamericana reaccionó con cierto temor ante las novedades que el evolucionismo podría presentar. Racismo antropológico, organicismo médico, persecución del anormal o del extraño, etc., eran algunas de las principales aportaciones que la ciencia positivista mostraba. Los preludios de las crisis económicas y del neocolonialismo ponían en marcha mecanismos ideológicos que preparaban el terreno. Es en este contexto en el que hay que entender la dura mirada que el médico dirigirá a criminales y enfermos mentales en un intento de dar un soporte científico a las exigencias de la sociedad burguesa finisecular. Una sociedad de orden que pondrá en marcha estrategias de *defensa social*, de regulación y control, que se encontrará con individuos inclasificables, inasimilables, ineducables o irreductibles. El desertor (no el soldado indisciplinado), el débil mental (no el niño díscolo), el criminal (no el infractor) serán *residuos* de las disciplinas militar, escolar y policial, respectivamente. Y, naturalmente, el loco, el alienado, el *extranjero de sí mismo*, será considerado el residuo de residuos. Un estigma que, pese a los esfuerzos de algunos, sigue alimentando nuestro imaginario social.

La invención de las enfermedades mentales

Pero volvamos a Pinel y a los orígenes del alienismo, esta vez desde otra perspectiva. En su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental, o la manía*, publicado en el año 1801, Pinel clasificó la alienación en cinco grupos: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo. Su discípulo Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840) modificó, en parte, esta sistematización: lipemanía (melancolía de los antiguos), monomanía, manía, demencia e idiotismo. Las diferencias no son triviales, pues, por un lado, la melancolía quedaba definitivamente medicalizada, al despojarla de toda connotación filosófica, tan importante, según hemos visto, en épocas anteriores y, por otro, introducía una nueva noción psicopatológica (la monomanía) con la pretensión de clarificar el problema de las locuras parciales.

La monomanía se definía como un *delirio parcial* o, lo que es lo mismo, una *idea fija* que se hacía dueña de la mente del sujeto. Se trataba, según expresión de la época, de *locos que no lo parecen*, pues si se exceptuaba el contenido de su delirio, siempre limitado y concreto, eran capaces de discurrir y actuar de manera razonable en todos los demás órdenes de la vida. La monomanía tiene una gran importancia en la historia de la locura y la psiquiatría. Por un lado, rompió con la consideración de la locura como un trastorno absoluto de la razón. La locura ya no era lo otro de la razón, su contrario absoluto; ahora, razón y sinrazón convivían en un mismo sujeto, de modo que solo un médico experto y bien entrenado podía reconocer una condición mental que, de no ser así, pasaría desapercibida. La existencia de esos *locos que no lo parecen* y la capacidad para identificarlos, ante los tribunales de justicia, desempeñó un papel crucial en el desarrollo de la psiquiatría como especialidad médica y, naturalmente, en su legitimación profesional y social. Con todo, la locura *con conciencia* plantea una y otra vez el problema de la responsabilidad del loco: ¿es irresponsable de sus actos un sujeto por el mero hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico? Se trata de un viejo y arduo debate que persiste en la actualidad y que ha sido motivo frecuente de confrontaciones entre médicos y juristas y entre psiquiatras y psicólogos de distintas corrientes y escuelas.

Por otro lado, la monomanía desempeñó un papel crucial en la medicalización de las conductas desviadas y de la criminalidad. Esta entidad patológica permitía atribuir a determinados comportamientos aberrantes (el suicidio, el crimen salvaje y sin motivos aparentes) observados en personas en las que, aparentemente, no se apreciaban alteraciones intelectuales, el calificativo de enfermedad mental. La monomanía homicida y suicida, la cleptomanía o la piromanía, descritas en la primera mitad del siglo XIX, sirven todavía para ilustrar, con algunas variantes como las aportadas por la antropología criminal y la teoría del *criminal nato* de Lombroso (1835-1909), la condición psíquica de las *mentes criminales*, de los asesinos en serie y de otras *bestias humanas* capaces de cometer actos monstruosos.

Sin embargo, identificar crimen con locura es falaz y engañoso. Numerosas investigaciones han demostrado que, a pesar de la preocupación pública, el riesgo de que las personas con trastornos mentales cometan actos violentos es muy bajo y, en general, mediatizado por el abuso de alcohol u otras sustancias. Merece la pena insistir en este sentido, y de manera categórica, en que el riesgo de que una persona con un diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) cometa un acto criminal, delictivo o antisocial no es mayor, ni siquiera igual, que el que existe en la población general. Hoy sabemos que maldad no es, ni mucho menos, sinónimo de locura o de trastorno mental. Aun así, resulta muy difícil superar este estigma en un imaginario social que, como vemos, tiene profundas raíces históricas.

La transgresión quedaba así medicalizada (y psiquiatrizada) de manera contundente, pero también la locura propiamente dicha. Para el primer alienismo o, si se prefiere, para la primera psiquiatría —término acuñado en 1808 por el alemán Johann Christian Reil (1759-1813)—, la *alienación* era un proceso único, aunque pudiera expresarse de diversas maneras, pero muy pronto se empezó a hablar de *enfermedades mentales* (en plural), se describieron cuadros clínicos diversos y diferenciados unos de otros y se incorporaron criterios evolutivos y causales. Así, por ejemplo, en 1854, y de manera simultánea, Jean-Pierre Falret (1824-1902) describió la *locura circular*, y Jules Baillarger (1809-1890), la *locura de doble forma*, antecedentes inequívocos de lo que más tarde Emil Kraepelin (1856-1926)

denominó psicosis maníaco-depresiva y de lo que en la actualidad se conoce como trastorno bipolar.

Mención aparte merece la histeria. Ligada desde la Antigüedad al útero y posteriormente al encéfalo y a los nervios, a finales del siglo XIX terminó ocupando un lugar destacado entre los trastornos psíquicos. Sin embargo, el proceso fue muy complicado, porque se trataba de una patología confusa e incómoda por la que los alienistas no sentían ningún interés, siendo los médicos generalistas o los neurólogos los encargados de tratarla. La histeria incomodaba sobremanera a los médicos, que adoptaban frente a ella una actitud de rechazo o, en el mejor de los casos, de paternalismo. La célebre exclamación de Joseph Grasset (1849-1918): "¿Podemos imaginar a alguien más desgraciado que el marido de una histérica?", o aquella otra de "La histérica es generalmente egoísta", ilustran con claridad este extremo. Los tiempos en los que la histeria se explicaba por emigración uterina o por el efecto de los vapores habían quedado atrás, pero todavía en 1878 se llegó a afirmar que "La definición de la histeria jamás ha sido dada y nunca lo será". En claro contraste con esta posición, el neurólogo Jean-Martin Charcot (1825-1893) presentó la histeria como una enfermedad precisa y bien diferenciada, incorporando el hipnotismo, hasta entonces marginal, como método diagnóstico y terapéutico. Pero Charcot llevó hasta el extremo la asimilación de la hipnosis y la histeria, considerando que el síntoma histérico era el resultado de una autosugestión sobrevenida a consecuencia de un trauma psíquico. De esta manera, ante la ausencia de toda lesión anatómica, su interés se orientó paulatinamente hacia las lesiones funcionales o dinámicas y erigió una teoría de la histeria traumática. Pronto se supo que la relación que había planteado entre histeria e hipnosis era sustancialmente falsa: la hipnosis era un efecto de la sugestión, un fenómeno casi universal que no es patrimonio exclusivo de los sujetos histéricos.

Como ya indicamos en el capítulo correspondiente, la existencia de una entidad patológica como la histeria resultaba enormemente útil porque permitía la posibilidad de practicar una cierta *medicina retrospectiva* y poner en tela de juicio todos los fenómenos definidos como posesiones demoníacas, estados místicos, etc. Charcot ofrecía unas leyes inmutables del ataque histérico, con manifestaciones y fases perfectamente identificables y universales que evitaban cualquier ambigüedad o

interpretación de carácter creencial. Por extensión, santos y endemoniados pasaron a ser simplemente enfermos: histéricos con una gran capacidad de sugestión. Una argumento similar es el que se aportó para entender, desde el punto de vista científico, las curaciones milagrosas atribuidas a la Virgen de Lourdes, fenómeno religioso y social que la Iglesia católica esgrimía como baluarte de fe y de legitimación apostólica. La sugestión, la autosugestión, la histeria colectiva y, en general, las explicaciones psicológicas de las curaciones *milagrosas* de Lourdes resultaban sumamente apropiadas para comprender unos fenómenos que, después de todo, no eran en absoluto *sobrenaturales*. Tras las correcciones oportunas, la histeria dio lugar a desarrollos de gran interés, convirtiéndose, de hecho, en la referencia de la nueva psicopatología de la neurosis inaugurada por el psicoanálisis.

El siglo XIX termina con el germen de lo que serán los fundamentos primordiales de la psiquiatría del siglo XX: en 1895, Freud (1856-1939) y Breuer (1842-1925) publicaron sus *Estudios sobre la histeria* y en 1899 apareció la sexta edición del *Tratado* de Kraepelin. Pese a sus muy diversos desarrollos, variaciones y escuelas —imposibles de desarrollar en estas páginas—, la psiquiatría kraepeliniana y el psicoanálisis freudiano se convirtieron, a lo largo del siglo XX, en los dos pilares básicos del acercamiento clínico a la patología mental.

Sobre la base de una nueva concepción de la realidad psíquica, asentada en los pilares de la sexualidad infantil y de las formaciones del inconsciente, Freud formuló sus primeros bocetos psicopatológicos sobre las *neuropsicosis de defensa*. Con el paso de los años fue proponiendo una nueva psicopatología en la que quedaban conformadas tres grandes estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión, lo que le permitió una reorganización conceptual, y terapéutica, que dio prioridad a la subjetividad y a la necesidad de escuchar al paciente, y que acabó relacionando locura y lenguaje. No insistiremos más sobre esta importantísima corriente de pensamiento, que daría lugar a muy amplias disquisiciones.

En todo caso, este proceso de medicalización de la locura que estamos relatando llega a su punto culminante precisamente con la obra de Emil Kraepelin, quien describió dos grandes psicosis endógenas: la ya aludida psicosis maníaco-depresiva y la *demencia precoz*. La demencia precoz fue rebautizada y reconceptualizada en 1911 por Eugen Bleuler (1857-1939) con el nombre de *esquizofrenia*, la cual, desde entonces, se convirtió en la

enfermedad mental por excelencia. El loco, que ganó con el alienismo filantrópico de finales del XVIII y comienzos del XIX su consideración de *ciudadano* (con todas las contradicciones que ya hemos comentado), hubo de ganarse la de *enfermo* en el sentido más estricto del término; es decir, su padecimiento debía ajustarse al patrón de enfermedad establecido por la clínica médica: causalidad orgánica (por confusa que esta fuera), síntomas y signos, anatomía patológica (el patólogo de Kraepelin fue nada menos que Alzheimer), la evolución y pronóstico… y, naturalmente, el tratamiento.

Las terapias biológicas

A lo largo del primer tercio del siglo XX, la psiquiatría fue disponiendo de tratamientos cada vez más amplios y sofisticados. Sus fundamentos científicos no siempre fueron sólidos pero, aun así, se usaron con gran profusión. Durante los años treinta y cuarenta se asiste a un impresionante auge de las terapias biológicas, como la *malarioterapia*, mediante la cual se inoculaba a los pacientes la infección del paludismo (o malaria) con el fin de provocarles fiebres y que las altas temperaturas corporales (la hipertermia) actuaran sobre el cerebro de los sujetos; o como las *terapias de choque:* el choque insulínico, el choque cardiazólico y el electrochoque. Tratamientos muy agresivos que, provocando el coma o la convulsión, pretendían no tanto suprimir el delirio como conseguir la sumisión del paciente.

Estas terapias de choque se practicaban, obviamente, a enfermos internados en hospitales psiquiátricos, la mayoría de los cuales no se diferenciaban excesivamente de los viejos manicomios decimonónicos. El cine ha dado buena muestra de ello y ha denunciado, a veces de manera magistral, el autoritarismo psiquiátrico. Recordemos solo algunas de las películas que mejor ilustran la situación que estamos comentando. En general, las películas de manicomios podrían incluirse en una variante del género carcelario, aunque, claro está, con contenidos muy específicos. En prácticamente todos estos filmes se muestran las penosas condiciones del encierro y el despotismo intransigente, cruel y opresor de médicos, enfermeras y celadores (casi siempre con el contrapunto de algún personaje positivo). Con relación a los tratamientos podemos citar, entre otros, dos

ejemplos que muestran la visión más sórdida de estas prácticas. En *Nido de víboras* (Anatole Litvak, 1948), la paciente a la que se le va a aplicar la primera sesión de una larga tanda de electrochoques pregunta inocentemente: "¿Van a electrocutarme?, ¿tan grave fue mi delito?". El miedo, la indefensión y la conciencia de castigo que se muestra en este caso contrasta con la rebeldía del protagonista de *Alguien voló sobre el nido del cuco* (Milos Forman, 1975). En este conocido film, se aplica la terapia electro-convulsiva como un correctivo ejemplar, muy lejos de cualquier indicación clínica. Finalmente, tras un amotinamiento colectivo por parte de los internos que es violentamente reprimido, el personaje encarnado por Jack Nicholson es sometido a una especie de sacrificio ritual. La lobotomía aparece como el último recurso en una escalada exponencial de los abusos del poder médico que finalmente consigue, fuera de cualquier legitimación científica, reducir al insumiso a una inexpresividad vegetativa. Es de notar que la película desencadenó una polémica notable en los ámbitos profesionales de la psiquiatría sobre los límites éticos del intervencionismo médico.

La técnica quirúrgica llamada lobotomía o leucotomía consistía en la sección de fascículos cerebrales del lóbulo frontal. La operación fue propuesta y practicada por primera vez por el psiquiatra y neurocirujano portugués Egas Moniz (1874-1955), quien obtuvo el Premio Nobel por semejante aportación; pero fue Walter Freeman (1895-1972) el que popularizó el método de la denominada lobotomía transorbital o *técnica del picahielo*, que consistía en introducir un estilete (inicialmente utilizó un picahielo) a través de la órbita ocular y, golpeándolo con un mazo de goma, se hacía llegar al cerebro cortando las conexiones nerviosas del lóbulo frontal. Freeman viajó por todo Estados Unidos y realizó aproximadamente 3.500 lobotomías, entre ellas, la de Rosemary Kennedy (la hermana del presidente J. F. Kennedy) en 1941. Sin embargo, aunque el *picahielos* de Freeman es, quizá, el episodio más conocido de esta siniestra historia, lo cierto es que entre 1936 y 1950 se practicaron multitud de lobotomías (se calcula que unas 100.000) en todo el mundo y a todo tipo de pacientes mentales, independientemente del diagnóstico. La intervención producía cambios en la personalidad de los enfermos, haciéndolos apáticos e indolentes, y favorecía su docilidad y su manejo. Con la aparición de los psicofármacos esta técnica cayó en desuso y ha terminado siendo

considerada una “tortura que destruía la conciencia” practicada a sujetos despojados de sus derechos; incluso las asociaciones de familiares han reclamado que se le retire a Egas Moniz el Premio Nobel que le fue concedido en 1949.

El comienzo de la *revolución psicofarmacológica* suele datarse en 1949, cuando se dieron a conocer las propiedades *antimaníacas* de las sales de litio. Tres años más tarde se demuestran los efectos tranquilizantes de la clorpromazina en una serie amplia de pacientes psicóticos y, ya al final de los años cincuenta, aparecen los primeros antidepresivos. En menos de una década se sentaron las bases para un cambio radical en el tratamiento de los trastornos mentales de mayor gravedad y para el ulterior renacimiento, con más fuerza que nunca, de una orientación biologicista de la psiquiatría.

La psiquiatría norteamericana de los años cincuenta, de fuerte orientación psicoanalítica, se mostró reacia, al menos en un primer momento, al uso de la clorpromazina, pero muy pronto este fármaco se convirtió en la gran novedad terapéutica. En 1955, el éxito de la introducción clínica de este fármaco fue tal que solo en ese año los laboratorios Smith, Kline & French facturaron 75 millones de dólares de la época, lo que evidentemente hizo que otras compañías farmacéuticas se lanzaran abiertamente a este nuevo y prometedor mercado. El giro conceptual, asistencial y terapéutico que esta *revolución farmacológica* propició en la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX es innegable, aunque sus efectos puedan verse empañados, en ocasiones, por las perversas consecuencias del mercado a gran escala de estos tratamientos sobre la práctica clínica, un problema bien conocido aunque escasamente debatido.

Del modelo comunitario a la psiquiatría de mercado

A partir de los años sesenta del siglo XX se pusieron en marcha una serie de cambios asistenciales que dieron lugar al modelo de salud mental comunitaria. El modelo comunitario —cuyo antecedente más inmediato habría que buscarlo en la higiene mental de los años veinte y treinta— se ha ido implantando de manera desigual durante las últimas décadas. Las políticas de bienestar, encaminadas a incrementar la participación del Estado en la financiación, administración y gestión de los servicios

públicos, tuvieron su traducción, en el campo de la salud mental, en la implantación de dicho modelo comunitario que pretendía superar el hospitalocentrismo e, incorporando principios de salud pública, centrar el eje asistencial en un dispositivo extrahospitalario (extramanicomial) que permitiera prestar atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud mental. No cabe duda de que tanto la aparición de la clorpromazina y de otros neurolépticos (que facilitaron enormemente el tratamiento ambulatorio) como el auge de las corrientes sociales en psiquiatría fueron elementos fundamentales en todo este proceso.

Sin embargo, los ambiciosos objetivos planteados en los inicios de los diferentes programas de reforma se han visto reducidos en su alcance, cuando no claramente incumplidos, al ser confrontados con realidades concretas, locales o políticas de mayor ámbito. Las crisis económicas de los años setenta y la consecuente reestructuración del modelo de acumulación, con la puesta en marcha de políticas económicas y sociales muy restrictivas, afectaron negativamente a los sistemas de protección social y, de manera particular, a la sanidad pública. Pero, en el ámbito psiquiátrico, la cuestión es más compleja. El proceso de *desinstitucionalización*, al no haber coincidido con una potenciación de los servicios sociales, de los apoyos familiares, etc., lejos de suponer una medida de progreso y de *liberación*, supuso la dejación asistencial y el abandono de muchos pacientes. Asimismo, no podemos dejar de mencionar, al menos, dos elementos de análisis más: por un lado, las resistencias a las reformas tanto de algunos profesionales como de la sociedad en general, que, a través de los medios de comunicación, ve a veces reforzados determinados miedos hacia la locura y su *peligrosidad*. Por otro, las propias características del modelo han facilitado la aparición de unas demandas excesivas y de una cierta *psiquiatrización* de la vida cotidiana que obligan a los dispositivos de salud mental a gestionar el malestar de la población. No resulta fácil, ni es mi intención en estas líneas, hacer un balance global del devenir de la psiquiatría comunitaria o de sus posibles desarrollos futuros, pero no deja de ser llamativa la constatación de que una parte muy sustancial de los recursos humanos y materiales se hayan utilizado en atender a esa *gente sana pero desdichada*, lo que merece opiniones muy diferentes entre los observadores y los propios profesionales.

Es cierto que existe una razonable dificultad para ponderar la eventual dimensión patológica del malestar y del sufrimiento humanos, del mismo modo que resulta prácticamente imposible separar la psiquiatría, la psicología o el psicoanálisis de las vicisitudes sociopolíticas y culturales de cada momento histórico. En este sentido, es obligado señalar que la influencia que en la sociedad actual ejerce el enorme poder del mercado alcanza hasta los aspectos más nimios de la vida de las personas. La psiquiatría, lejos de verse a salvo de este fenómeno, viene acusando una marcada impronta de diversas maneras. Por poner un ejemplo, las posibilidades de acotar buena parte de ese sufrimiento existencial, asimilándolo a las patologías depresivas, parecen ilimitadas y es muy difícil pensar que el interés de las todopoderosas multinacionales farmacéuticas pueda ser ajeno a las consecuencias de dicho fenómeno, sobre todo si tenemos en cuenta el gran arsenal de remedios medicamentosos que se han desarrollado en los últimos tiempos. La psicofarmacología terapéutica ha empezado a convivir con una *psicofarmacología cosmética*, según la expresión del psiquiatra norteamericano Peter Kramer (n. 1948), con la que se designa a aquellas sustancias antidepresivas destinadas no a tratar un cuadro depresivo, sino a aportar un componente de *felicidad* a sujetos sanos. Al igual que la cirugía estética es capaz de esculpir un cuerpo a la medida, cierta farmacología (las llamadas *píldoras de la felicidad*) sería capaz de tallar un aparato psíquico al gusto del consumidor.

La tristeza, la melancolía de los antiguos, que como hemos visto atraviesa la historia de la humanidad, tiende a ser evitada a toda costa en la actual sociedad de consumo, hedonista pero profundamente injusta, en la que la belleza, la felicidad y la salud (física y mental) se asimilan al triunfo individual. Si a cualquiera de nosotros se nos muere un padre o un hijo, o nos despiden del trabajo, o suspendemos esa asignatura tan importante (la lista de problemas cotidianos puede ser inmensa), es lógico que estemos tristes o angustiados. Claro que puede haber duelos patológicos ante una pérdida, o ataques de pánico o angustias que no se pueden controlar sin el apoyo de un profesional cualificado, pero lo que quiero decir es que sentirse desgraciado o sentirse feliz forma parte de la propia condición humana y que resulta paradójico y bastante inapropiado hablar de *trastornos de la felicidad*, patologizando y proponiendo terapias para los reveses de la vida.

De hecho, los ansiolíticos son ya, en el momento actual, los fármacos más recetados y vendidos.

El inmenso despliegue mercadotécnico que acompaña la promoción y difusión de estos productos puede influir en no pocas decisiones diagnósticas y terapéuticas. En relación con el mismo fenómeno, las administraciones estatales tienden cada vez más a declinar sus responsabilidades en la financiación de la investigación científica, dejándola en manos de la industria farmacéutica, que legítimamente no busca un hipotético equilibrio en las líneas de investigación escogidas. Esto condiciona, como es fácil entender, no solo la práctica terapéutica, sino la dirección misma del desarrollo científico de la psiquiatría, que atraviesa una etapa que ha comenzado a ser denominada por algunos como *psiquiatría de mercado*.

En todo caso, en las últimas décadas el arsenal terapéutico de la psiquiatría ha ido en aumento y se han sintetizado nuevas generaciones de todas las familias de psicofármacos, especialmente los antipsicóticos y los antidepresivos, que pretenden una mejor tolerancia y la disminución de los efectos secundarios. Además, el mecanismo de acción de los psicofármacos ha abierto vías de investigación sobre las causas de la esquizofrenia o sobre el papel de los neurotransmisores (la famosa serotonina, entre otros) en la depresión o en algunos trastornos de ansiedad. Todo ello en el marco de una psiquiatría biológica y médica cada vez más emparentada con las neurociencias que buscan la génesis de la locura en la bioquímica cerebral, en la genética o en las técnicas de neuroimagen.

Lo contrario de la *psiquiatría biológica* no sería la psiquiatría dinámica o el psicoanálisis sino, en todo caso, la *psiquiatría geológica*, que, evidentemente, no existe. Por eso, sin poner en tela de juicio que el empleo adecuado de los psicofármacos puede ser efectivo en el tratamiento de determinados cuadros psiquiátricos y sin negar, ni muchísimo menos, la importancia de lo biológico, me parece pertinente apuntar, para terminar el presente capítulo, que el paradigma biomédico más estricto sigue respondiendo, hoy día, a un antiguo reduccionismo, a la vieja pretensión de asimilar la psiquiatría a la medicina interna.

CAPÍTULO 5

Desmedicalizando, desestigmatizando… De la antipsiquiatría a la postpsiquiatría

Como acabamos de ver, a lo largo de los siglos XIX y XX la locura quedó convertida en enfermedad, en anormalidad y en déficit. Las necesidades de control social en el marco del Estado liberal implicaron un nuevo modo de definir lo *normal* y su contrapuesto, lo *anormal*. Lo normal dejó de asimilarse a la media estadística o a las características mayoritarias de una realidad, para convertirse en un juicio, en una decisión social. Desde esta perspectiva, lo anormal sería todo aquello que se saliera de los límites de una norma (o valor) establecida previamente por el pensamiento hegemónico. Pero, además, lo anormal empezó a considerarse enfermizo, hasta el punto de que se establece una separación ya no entre lo normal y lo anormal, sino entre *lo normal y lo patológico*. Una dicotomía en la que desempeñaron su papel otras categorías sociológicas y antropológicas de gran interés en el estudio del control social, como los procesos de estigmatización y de etiquetado social.

En el loco convergen los modelos de actuación social basados en dos temidas enfermedades: la lepra y la peste. La intervención sobre el leproso tiende a ser individual y estigmatizante; al leproso se le margina, se le separa, se le excluye, toda vez que representa un sujeto contaminado y *sucio* que es preferible no ver. Su exclusión social se justifica en un ideal de *sociedad limpia*. La peste, sin embargo, en tanto que enfermedad catastrófica, cuyo contagio amenaza la vida de la comunidad, requiere acciones policiales, cordones sanitarios, una estricta vigilancia de personas y mercancías, una obligada separación entre sanos, sospechosos y contagiados. En definitiva, la intervención sobre la peste requiere medidas colectivas que persiguen el ideal de una *sociedad disciplinada.* Esquemas

diferentes pero no incompatibles: en el asilo psiquiátrico podemos identificar de manera simbólica ambos modelos. La locura, como la lepra, será portadora de un estigma que producirá rechazo social: al loco se le encierra y se le excluye (como a los leprosos), pero a la locura, como a la peste, se le aplicarán prácticas disciplinarias individuales y colectivas (como a los apestados). El manicomio está sujeto a unas dinámicas que funcionan en un doble sentido: por un lado, aplicando una división binaria sistemática (locos/no locos; peligrosos/inofensivos; limpios/sucios); por otro, el de la asignación coercitiva y la distribución precisa del espacio (quién es, dónde debe estar, cómo reconocerlo, cómo vigilarlo). Esta actitud social hacia el loco convertido en enfermo se mantiene, de un modo u otro, en la sociedad actual, en la que el temor al diferente, al tipo que aparentemente puede ensuciarte o agredirte, genera una incomodidad y una desconfianza tal que te obliga a alejarle, a protegerte de él y, en definitiva, a que el estigma permanezca firmemente arraigado. Los esfuerzos para desmedicalizar y desestigmatizar la locura suponen, en este sentido, un fenómeno muy importante, pues introducen, una vez más, novedades sobre lo que entendemos por locura.

La violencia del diagnóstico

Comencemos diciendo que la violencia que se puede ejercer sobre la locura no es solo la de la coerción, el encierro o los tratamientos agresivos. El ser etiquetado y clasificado puede ejercer un importante perjuicio sobre la persona diagnosticada. Las consecuencias negativas pueden ser muy diversas y una de ellas es la *cosificación*; es decir, la creencia errónea de que por el hecho de que un individuo quede diagnosticado se ha conseguido captar su esencia, como si la etiqueta en cuestión diera las claves de su forma de ser en la vida, de sus emociones, sus conocimientos o su comportamiento. Al contrario de lo que ocurre en la patología física, en la que un paciente *tiene* una enfermedad del riñón, o del corazón, etc., en la patología mental, el sujeto *es* un esquizofrénico, o un bipolar, o un *borderline*. Su diagnóstico imprime carácter. Se produce una deshumanización del problema, que acaba siendo convertido en una *cosa* sobre la que se puede actuar con objetividad. Incluso aunque se diga de

alguien que es un cardiópata o un diabético, el sentido es muy diferente, porque las enfermedades crónicas no mentales, aunque marcan la vida de los pacientes, dejan margen para que sean ellos mismos, para tener una esencia, una personalidad y una humanidad no necesariamente determinadas por su patología.

Y junto a la cosificación, el *estigma*. Las actitudes negativas hacia las personas diagnosticadas de un trastorno o enfermedad mental son de sobra conocidas. La discriminación en todos los ámbitos de la vida (laboral, familiar, social) ha dado lugar a consecuencias nefastas que en nada ayudan al paciente, ni a su autoestima. El diagnóstico de esquizofrenia es, sin duda, el que genera más discriminación y estigmatización y, en parte, está relacionado con una percepción muy generalizada de que los pacientes son peligrosos e impredecibles. Se trata de un prejuicio, pues, como ya quedó dicho, pero merece la pena insistir en ello, el porcentaje de personas con un diagnóstico psiquiátrico que cometen un acto criminal, delictivo o antisocial no es mayor, ni siquiera igual, que el de la población general.

Curiosamente, uno de los argumentos que se han barajado para luchar contra el estigma es afirmar que la "enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera". Es una manera de intentar, ingenuamente, que se comprenda que la locura es una enfermedad crónica —y que el loco no es responsable de su dolencia—; que es una enfermedad del cerebro, del mismo modo que la diabetes es una enfermedad del páncreas. Ya sabemos que esto no es así, que intervienen otros muchos factores biográficos, sociales, culturales. Si se considera la esquizofrenia, o cualquier otra psicosis, como algo exclusivamente biológico e inmutable, se alienta el pesimismo y se impide la posibilidad de cualquier empatía con el paciente, lo que influye igualmente en su segregación. Pero la cuestión no es la aceptación o no de un componente biológico en determinados trastornos mentales, sino la manera reduccionista con la que se puede llegar a presentar. Incluso en enfermedades físicas, como el cáncer, la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, los factores biológicos se presentan en conjunción y muchas veces como consecuencia de factores psicosociales y ambientales, lo que debería ser todavía más válido para los trastornos mentales.

Merece la pena destacar un cambio terminológico y conceptual que se ha propuesto recientemente y que pretende que la *enfermedad esquizofrénica*

se denomine, simplemente, *trastorno de integración*. De este modo se busca huir de un perfil biológico e inmutable, y más estigmatizador, para ir hacia una perspectiva más psicosocial vinculada a un modelo de vulnerabilidad-estrés. Independientemente del componente biológico que el trastorno pueda o no tener, trabajos científicos recientes han demostrado que considerar los síntomas psiquiátricos como reacciones emocionales o psicológicas comprensibles ante acontecimientos vitales reduce el miedo, la distancia y la discriminación a quien los padece. Se confirma, pues, que según qué diagnóstico se utilice, este puede ejercer una violencia absolutamente inmerecida a quien se le atribuye.

Íntimamente emparejada con estos procesos de cosificación y estigmatización que implica la etiqueta diagnóstica, podemos citar la exagerada frecuencia con la que están apareciendo nuevos diagnósticos, nuevas categorías patológicas en el marco de una psiquiatrización creciente de la vida cotidiana. Diagnósticos discutibles y discutidos como el *síndrome de psicosis atenuada* o como el *trastorno adaptativo relacionado con el duelo*, por poner dos ejemplos que se han incorporado recientemente a las clasificaciones psiquiátricas. Por un lado, se ensancha el espacio de las conductas desviadas y se estrecha el de la tolerancia social; por otro, se patologiza el malestar en una sociedad como la nuestra —en estado de opulencia o de crisis— en la que el fracaso o los reveses de la vida se tornan insoportables e igualmente estigmatizantes.

Cosificación, estigmatización, medicalización... La psiquiatría actual presenta, pues, unas características que han generado críticas, reflexiones y alternativas que no podemos soslayar. Por un lado, un modelo exclusivamente biomédico favorece una dinámica asimétrica entre el profesional y el paciente marcada por el paternalismo y, en ocasiones, con la ostentación de un poder médico (o psicológico) que puede justificar medidas coercitivas, tratamientos involuntarios, cosificación y estigmatización. Por otro, la expansión de las disciplinas *psi-* está propiciando el tratamiento de personas sanas que son etiquetadas de enfermas o trastornadas. Son diversas las voces que se han alzado contra estas dinámicas y que han puesto el acento en una psiquiatría y una psicología clínica *centradas en las personas.* Dinámicas complejas repletas de contradicciones y de avances y retrocesos.

De la disidencia antipsiquiátrica…

En los años sesenta surgió un movimiento crítico y contracultural, de mayor o menor intensidad según el país que consideremos, que puso en tela de juicio la psiquiatría tradicional y la propia noción de enfermedad mental.

La antipsiquiatría, término propuesto por David Cooper (1931-1986) en 1967, supone la cristalización de toda una línea de pensamiento alternativo a las teorías y prácticas psiquiátricas hegemónicas. Las relaciones entre psiquiatría y poder constituyen una constante en el discurso crítico y heterodoxo de los antipsiquiatras. Claros ejemplos de esta tendencia pueden ser, por ejemplo, la afirmación de Thomas Szasz (1920-2012) de que "las enfermedades mentales son fabricadas por los psiquiatras", o la de Ronald Laing (1927-1989), cuando indica que la psiquiatría es "la única rama de la medicina que trata a las personas en contra de su voluntad y de la manera que mejor le place, si lo considera necesario. Es la única rama de la medicina que encarcela a sus pacientes si lo cree necesario".

No es difícil comprender estas afirmaciones si tenemos en cuenta que la antipsiquiatría aparece en un contexto de contestación social y de cuestionamiento global de las instituciones que, si bien tuvo su traducción concreta, tanto en Europa como en América, en las grandes movilizaciones de finales de la década de los sesenta (el Mayo francés, la Primavera de Praga, las protestas contra la guerra de Vietnam, etc.), contó con un soporte intelectual de gran peso desarrollado a lo largo de los años precedentes. En el caso de la psiquiatría, el auge de las corrientes sociales permitió profundizar tanto en las causas sociales de la enfermedad mental como en una renovada denuncia de la masificación y deterioro de los manicomios de los años cincuenta.

El movimiento antipsiquiátrico, entendido como un planteamiento alternativo a la medicina mental, cuestionó el papel del manicomio como institución totalitaria, así como los modos de hacer de la psiquiatría tradicional. La idea de que es la propia psiquiatría la que *fabrica* al loco tiene, como consecuencia inmediata, la consideración de la locura —de la enfermedad mental— como una construcción sociocultural. Tal como hemos visto a lo largo de las páginas precedentes, la definición de la locura, y su separación de la cordura, se ha formulado siempre desde contextos

organizados y según dimensiones morales, teológicas, legislativas y sociales más que en términos médicos. No en vano, si tenemos en cuenta los factores económicos concretos, así como las presiones y actitudes socioculturales generadas en cada época en torno a la enfermedad mental, se acaba llegando a la conclusión de que, en muy buena medida, la locura —transgresión por excelencia— tiende a ser *fabricada*, o al menos explicada, en función de las normas sociales y de las ideas dominantes en cada tipo de sociedad. En definitiva, el carácter anormal de una determinada conducta estaría conferido, fabricado, por la propia colectividad en la que se produce el fenómeno. La medicina, entonces, como gran disciplina normativa —junto a la teología y el Derecho— tiende a traducir, en un lenguaje propio y con el concurso de determinados *expertos* (los psiquiatras), una serie de constructos culturales que son diferentes según el momento histórico que consideremos, pero que etiquetan (a través del diagnóstico) y estigmatizan, pues sitúan al sujeto al margen de la norma establecida culturalmente.

En 1965 se fundó la Philadelphia Association, cuyo objetivo era ayudar a la creación y funcionamiento de las llamadas *comunidades terapéuticas*. Dichas comunidades terapéuticas debían caracterizarse por una relación *horizontal* entre pacientes y terapeutas, en la que primasen, entre otros elementos, la libertad de comunicación; el análisis de cuanto sucede en la comunidad en términos de dinámica individual y, especialmente, de dinámica interpersonal; la tendencia a la destrucción de las tradicionales relaciones de autoridad; la posibilidad de beneficiarse de las ocasiones de reinserción social; y la organización de una reunión (en general, diaria) de toda la comunidad.

Dos de las más célebres comunidades terapéuticas fueron el *Pabellón 21*, dirigido por D. Cooper y que aprovechó viejas estructuras psiquiátricas, y la comunidad de Kingsley Hall, creada por R. Laing con absoluta independencia de otras instituciones asistenciales. Ambas fueron cerradas y disueltas por las autoridades competentes.

Sin embargo, el movimiento antipsiquiátrico hay que entenderlo, y apreciarlo, no por sus aportaciones intrínsecas —de hecho, sus comunidades terapéuticas fueron demasiado *cerradas* y no pasaron de ser interesantes experimentos contraculturales de dudosa trascendencia en el modelo asistencial público—, sino por ser la manifestación de una profunda

crisis científica, ideológica y político-social, y, como ya se ha indicado, por constituir un revulsivo sin precedentes a la hora de concienciar a muchos de la situación de los pacientes internados en los manicomios.

Las relaciones entre la antipsiquiatría y la reforma psiquiátrica son, en este sentido, innegables. Sin duda, el ejemplo más claro es el movimiento antiinstitucional italiano, que, comandado por Franco Basaglia (1924-1980), consiguió una reforma asistencial en profundidad. A través de experiencias muy notables como las de Gorizia y Trieste, Basaglia compaginó una práctica asistencial diferente: supresión de las relaciones jerárquicas, eliminación gradual de los sistemas de contención, participación activa de los pacientes, incorporación de todo el personal en el proyecto, hospital abierto (pacientes voluntarios), propuesta de estructuras extrahospitalarias (Centros de Higiene Mental), etc., con una elaboración teórica encaminada a *negar la institución*; esto es, negar el carácter de irrecuperable del paciente mental, negar el internamiento como medida terapéutica por excelencia, considerar la locura como un problema social y desenmascarar la ciencia psiquiátrica como encubridora del poder. El evidente componente político de estos planteamientos cristalizó en una transformación de la asistencia psiquiátrica sin precedentes, sancionada por la única legislación que suprimió los manicomios (la famosa ley 180 o ley Basaglia promulgada en 1978), así como una amplia participación de profesionales, pacientes, familiares, etc., en torno al movimiento denominado *psiquiatría democrática*. El documental *Locos de desatar* (Marco Bellocchio, 1975) refleja muy bien todo este proceso.

El movimiento antipsiquiátrico fue decayendo con relativa rapidez; por un lado, se produjo un cierto vaciamiento de contenidos hasta convertirse en una moda contracultural con una nada desdeñable carga *esteticista*; por otro, la crisis del Estado del bienestar y de las utopías de los sesenta impuso un pensamiento conservador poco compatible con *excesos* contestatarios.

Sin embargo, la antipsiquiatría dejó un poso innegable que ha sido retomado, con las correcciones oportunas, por una amplia serie de iniciativas que suponen una alternativa al modelo biomédico de atención al paciente mental y que propugnan, entre otras cosas, la lucha contra el estigma y en pro del *empoderamiento* del sujeto con diagnóstico psiquiátrico.

… a la postpsiquiatría

Son diversas las corrientes de pensamiento y de acción que podemos identificar a este respecto. Los llamados *movimientos de autoayuda* defienden que las personas que han tenido la experiencia psicótica, que padecen o han padecido problemas mentales están capacitadas para ayudar a otras personas en las mismas condiciones. Algunos de estos colectivos son muy críticos, se autodenominan *supervivientes* o *víctimas* de la psiquiatría y desde presupuestos antipsiquiátricos muy radicales exigen estar fuera del sistema asistencial —no tomar fármacos, por ejemplo—. Otras, sin embargo, manifiestan una menor reacción contra el sistema y plantean un complemento o una alternativa a este. La *ayuda por iguales* implica la participación en la atención a un sujeto en crisis de otras personas que, habiendo padecido un proceso similar, son capaces de entenderlo y de acompañarlo. Un modelo, en definitiva, no médico y no coercitivo basado en la clara identificación de las necesidades de los afectados y en el apoyo mutuo. El papel del especialista, asignado tradicionalmente al médico o al psicólogo, queda aquí cuestionado, en la medida en que la experiencia es un grado. Una persona etiquetada de esquizofrenia, que ha oído voces, que ha vivido sus crisis y que sabe lo que se siente es reconocida, según esta perspectiva, como un experto en esquizofrenia, capaz de ayudar y comprender a otra persona con el mismo diagnóstico.

Destaquemos, finalmente, la existencia de redes de apoyo y autoayuda, como el movimiento de *oidores de voces*, compuesto por grupos de personas, diagnosticadas en general de esquizofrenia, que oyen voces y tratan de dar un sentido a esta experiencia. Similar desarrollo tiene el proyecto Icarus, que potencia la relación de apoyo entre personas que han sufrido o sufren experiencias consideradas bipolares desde el punto de vista médico. Un aspecto fundamental de este tipo de alternativas creadas por los pacientes es su gran capacidad organizativa; forman redes internacionales de apoyo con presencia en Internet y ofrecen todo tipo de información, materiales, contactos, etc., pero, sobre todo, destaca su empeño por desmedicalizar la locura, preservar los derechos y la dignidad de los pacientes y superar el estigma.

Desde la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), cualquier planteamiento asistencial debe basarse en los principios de respeto a la dignidad y a los derechos humanos como la libre elección, la no coerción, el consentimiento informado, etc. En el ámbito de los trastornos mentales, en los que todavía hoy se aboga por el ingreso involuntario y otras formas de represión, no es fácil que estos principios sean respetados. Resulta, pues, imprescindible que los profesionales de la salud mental acepten y contribuyan a la elaboración de alternativas profesionales y sociales que impliquen la participación activa de los usuarios en la gestión de su propio trastorno y en su propio proceso de recuperación.

Muy recientemente, la llamada *postpsiquiatría* se ha configurado como una corriente de pensamiento crítico que insiste en la necesidad de cambiar la forma de entender la *verdad científica* en torno a la locura desarrollada por la modernidad. Desde esta perspectiva se enfatiza el significado de los contextos sociales, políticos y culturales para la comprensión de los trastornos mentales y se insiste en que la práctica de la salud mental no necesita basarse necesariamente en un marco individualista que pasa por el diagnóstico y el tratamiento. En definitiva, se pretende ir más allá del conflicto entre psiquiatría y antipsiquiatría; un conflicto que pivotaba, en el fondo, sobre dos versiones distintas sobre la manera *correcta* de entender la locura y de actuar sobre ella. La postpsiquiatría, por el contrario, no buscaría reemplazar las técnicas médicas de la psiquiatría con nuevas terapias o nuevos caminos hacia la liberación. Niega que haya una sola *verdad* para explicar la locura o el sufrimiento mental y no pretende proponer nuevas teorías sobre la génesis y la naturaleza de los problemas mentales, sino abrir espacios en los que se puedan tener en cuenta otras perspectivas. Esto, naturalmente, implica democratizar la salud mental, incorporando el desarrollo de los servicios de atención a un debate en el que se tengan en cuenta contextos, valores y asociaciones, en el que la locura sea escuchada y en el que se respeten las opiniones de los pacientes. Dicho a modo de conclusión, desde este punto de vista ya no sería necesario definir lo que es y lo que no es enfermedad; tampoco se trataría de oponerse al poder con la bandera de la verdad, pues lo que realmente importa es desafiar la legitimidad de cualquier grupo profesional o social que proclame su autoridad exclusiva sobre la *verdad de la locura*.

Epílogo

Comenzábamos este libro hablando del delirante, de sus certezas y de su sufrimiento. El delirio es, sin duda, una de las manifestaciones más genuinas de la locura. A veces se dice que todos deliramos, que todos estamos un poco locos. Es cierto, pero el delirio de la Locura con mayúsculas no tiene nada que ver con las pequeñas locuras cotidianas de la gente corriente. El delirio de la psicosis genera un saber diferente —y en buena medida prohibido— que es propio e incompatible, que no es compartido ni por los *sanos* ni por los otros locos. Dependiendo de un criterio o de otro, el abordaje terapéutico que se haga puede ser muy diferente, se puede entender el síntoma mental en función de la respuesta a la medicación o en función de lo que realmente le pase a la gente. Para eso el profesional deberá escuchar. Escuchar, sí, pero ¿a quién?, ¿al fármaco o al paciente? Y esto nos lleva, una vez más, a lo que ha sido el hilo conductor de este ensayo, lo que hemos repetido de un modo u otro a lo largo de las páginas precedentes: la gran dicotomía, el gran debate, sobre el carácter íntimo de la locura. ¿Los trastornos mentales son entidades *naturales* de base biológica o son entidades *construidas* de carácter histórico-social? De hecho, se ha llegado a afirmar que las psicosis cambian a la vez que lo va haciendo lo que entendemos por subjetividad; es decir, el sentido de la privacidad, el espacio interior o las estrategias del deseo.

Creo que a estas alturas ha quedado claro que el problema no es que la locura exista o no exista. Claro que existe, ya hemos insistido en ello. Pero el dilema no es, ni mucho menos, si se trata de un trastorno real o construido. Un edificio se construye, pero no por eso es menos real que, por ejemplo, una especie animal o vegetal, productos de la naturaleza que, finalmente, acaban nombrándose, clasificándose y *construyéndose*. De lo que se trata es, pues, de dilucidar, y de decidir, si ese estatuto de realidad se debe a problemas biológicos o a problemas de la vida. Parece casi lo mismo, pero no lo es. El que la locura dependa exclusivamente de los

desequilibrios de la bioquímica neuronal o de los vaivenes de la vida, el que sea un trastorno cerebral o de la persona no es una disyuntiva superficial. El psiquiatra —y antipsiquiatra— norteamericano Thomas S. Szasz, en su libro *El mito de la enfermedad mental*, publicado en 1961, distinguió entre las enfermedades cerebrales, con una causa corporal demostrada, sea traumática, infecciosa o genética, que pueden tener síntomas psíquicos, y los comportamientos, sensaciones, cosmovisiones, etc., inusuales por parte de algunas personas que son catalogadas de síntomas de enfermedad mental sin que, sin embargo, exista una causa fisiológica demostrada. Cuando esos comportamientos, sensaciones o cosmovisiones producen sufrimiento los denomina *problemas vitales* y no enfermedad. Es decir, problemas en relación al guión vital de la persona y con su interacción con los microsistemas en que se ve inmersa (familia, escuela, trabajo, red social que la envuelve, etc.), y con el macrosistema en el que vive: sociedad, cultura... siempre cambiantes e históricamente condicionados.

Esta misma crítica se ha repetido desde posiciones muy diversas (psicoanalíticas, fenomenológicas, psicosociales, etc.) que marcan el acento en el carácter contextual de la locura. Con frecuencia se ha advertido, y nosotros ya lo hacíamos al comienzo de este breve ensayo, la necesidad de considerar al paciente mental en su *totalidad* y no simplemente como un *enfermo del cerebro*, equiparable a un enfermo del corazón, o de los huesos, o del riñón, o del estómago. Esto, que tiene, según acabamos de ver, unas raíces históricas muy profundas, enlaza con el debate sobre las actuales concepciones esencialistas y no esencialistas del trastorno mental, cuyo punto álgido tuvo lugar a finales de la década de los noventa del siglo XX.

Desde una perspectiva *esencialista*, la enfermedad o el trastorno mental se entendería como una entidad natural, como una realidad concreta y fragmentada que se *instala* en el individuo y que se correlaciona con variables somáticas (neurobiológicas) y permanentes. Las posiciones *no esencialistas*, por el contrario, entenderían el síntoma más allá de su realidad concreta y fragmentada (que puede tener o no un origen biológico), como una entidad cultural que se integra en la totalidad del individuo, teniendo en cuenta no solo el fenómeno en sí, sino su condición contextual variable, que nos remite a símbolos y mitos, a valores y relaciones, a mentalidades individuales y colectivas, y a experiencias y subjetividades. Las diferencias no son menores ni intrascendentes.

Llegados al final de estas páginas, creo que un acercamiento histórico a la locura queda sobradamente justificado. Hemos podido ver cómo, en un recorrido de larga duración, los discursos sobre la misma han variado ostensiblemente, pero también de qué manera se han mantenido una serie de elementos claramente reconocibles que nos permiten comprender ese carácter socio-histórico de la locura y ser conscientes de las razones, igualmente históricas, de determinadas actitudes científicas y sociales hacia ella.

Bibliografía

Álvarez, José María: *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008.
— *Estudios sobre psicosis*, Xoroi edicions, 2013.
Badallo, Adrián: *Estigma y salud mental*, Madrid, Grupo 5, 2012.
Colina, Fernando: *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001.
— *Sobre la locura*, Valladolid, Cuatro ediciones, 2013.
Huertas, Rafael: *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, CSIC, 1987.
— *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*, Barcelona, Octaedro, 2008.
— *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2012.
Leader, Darian: *¿Qué es la locura?*, México/Madrid, Sextopiso, 2013.
Ortiz Lobo, Alberto: *Hacia una psiquiatría crítica*, Madrid, Grupo 5, 2013.
Pérez Álvarez, Marino y González Pardo, Héctor: *La invención de los trastornos mentales*, ¿escuchando al fármaco o al paciente?, Madrid, Alianza editorial, 2007.
Peset, José Luis: *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, Barcelona, Crítica, 1983.
— *Genio y desorden*, Valladolid, Cuatro ediciones, 1999.
Rendueles, Guillermo: *Egolatría*, Oviedo, KRK, 2005.
Valera, Julia y Álvarez-Uría, Fernando: *Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1989.
VV AA: *La sociedad terapéutica*, Barcelona, Espai en Blanc, Bellaterra, 2008.

Document Outline